



2308 Perimeter Park Drive Suite 100 Atlanta, GA 30341
AtlantaPsychological.com

770.457.5577 770.457.5599

rev 5-4-2021

FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD PARA ADULTOS

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si no es el cliente, nombre de la persona completando este formulario y cuál es la relación al cliente:

Cuál es la razón de la visita hoy? _____

Quien está pidiendo o recomendando estos servicios? (circule todo lo que aplica)

Terapeuta **Medico** **Psiquiatra**
Abogado **DFCS** **Corte Otro?** _____

MARQUE TODO LO QUE APLICA:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Comportamiento auto lesivo |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Baja motivación | <input type="checkbox"/> Bajo autoestima |
| <input type="checkbox"/> Ideación suicida | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Dificultad para enfocarse | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Ira | <input type="checkbox"/> Pobre habilidades sociales |
| <input type="checkbox"/> Mal contacto visual | <input type="checkbox"/> Mala memoria | <input type="checkbox"/> Problemas con organización |
| <input type="checkbox"/> Síntomas de trastorno alimentario | | <input type="checkbox"/> Baja tolerancia a la frustración |

Hay algún problema o inquietud adicional? En caso afirmativo, describa brevemente:

HISTORIAL MEDICO

Algún retraso con el desarrollo (hablar, caminar etc.)? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Fecha de última visita a su doctor primario o otro médico? _____

Alguna inquietud en ese momento? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Problemas de audición o visión? **SI NO**

En caso afirmativo, están corregidos (lentes, contactos, audífonos)? _____

Alguna vez ha sido hospitalizado por razones medicas? (no psiquiátrico) ? **SI NO**

En caso afirmativo, razón y fecha aproximada(s): _____

Alguna vez ha tenido cirugía? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Tiene alguna enfermedad crónica (diabetes; asma, etc.)? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Tiene alguna alergia a medicina, comida otra alergia? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Toma actualmente algún medicamento recetado (no psiquiátrico)? **SI NO**

En caso afirmativo, nombres de medicamentos: _____

Alguna vez a tenido una lesión a la cabeza? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Alguna vez ha tenido una lesión grave? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente:

Tiene algún problema de apetito o aumento de peso problemático pérdida de peso? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente::

Tiene algún problema con su sueño? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente::

HISTORIAL FAMILIAR

Nombres de sus Padres: _____

Madre, viva o fallecida _____ Padre, vivo o fallecido? _____

Nombres y edades de sus hermanos/as: _____

Quien vive actualmente en su hogar? _____

Verifique los factores estresantes actuales o recientes de la familia:

(descrito más adelante en la sección de comentarios según sea necesario)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Separación or divorcio | <input type="checkbox"/> Mudanza a hogar nuevo |
| <input type="checkbox"/> Trabajo nuevo | <input type="checkbox"/> Perdida de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Muerte de algún familiar | <input type="checkbox"/> Nacimiento de niño |
| <input type="checkbox"/> Perdida de una mascota | <input type="checkbox"/> Enfermedad grave de algún miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Problema de abuso de sustancias de un miembro de familia | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Actividades recreacionales? _____

Estado civil?(circule uno)**Casado juntado soltero divorciado viudo**

HISTORIAL EDUCACIONAL

Nivel más alto o educativo alcanzado: _____

Usted repitió algún grado? (cual?) _____

Usted recibió servicios educacionales especiales? **SI NO**

Si marco si, por cual razón fue? (circule todo lo aplicable) **comportamiento emocional dificultad académica**

Algún problema escolar con su comportamiento o disciplina (como suspensiones, expulsiones) ? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente:

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Alguna vez ha recibido un diagnostico de salud mental en el pasado? **SI NO**

Si marco si, cual fue el diagnostico?

Alguna vez ha visitado a un psiquiatra para medicina psiquiátrica? **SI NO**

Si marco si, Nombre de psiquiatra? _____ Cuando?

Usted **ACTUALMENTE** está tomando medicamentos psiquiátricos? **SI NO**

Si marco si, Nombre de medicamento(s):

Quando fue su última cita? _____

Por cuánto tiempo recibió tratamiento de un psiquiatra (meses, anos)? _____

En el pasado usted ha tomado alguna otra medicina psiquiátrica? **SI NO**

Si marco si, nombres de medicamentos y dosis (si los sabe):

Alguna vez se ha hecho una evaluación psiquiátrica? **SI NO**

Si marco si, cuando y cuál fue el diagnostico? _____

Usted **ACTUALMENTE** recibe terapia o consejería para problemas emocionales o de comportamiento?

| <i>(circule todo lo aplicable)</i> | Proveedor o Agencia | Fecha de comienzo | Frecuencia | Para cuales problemas? |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|------------|------------------------|
| Individual | | | | |
| Grupo | | | | |
| Familiar | | | | |
| Otro | | | | |

Usted recibió terapia o consejería para problemas emocionales o de comportamiento **EN EL PASADO** ?

| <i>(circule todo lo aplicable)</i> | Proveedor o Agencia | Fecha de comienzo | Fecha que termino | Porque termino la terapia? |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| Individual | | | | |
| Grupo | | | | |
| Familiar | | | | |
| Otro | | | | |

Alguna vez ha sido ingresado en un hospital psiquiátrico? **SI NO**

Si marco si, por favor provea fecha(s) y nombre(s) de hospitales:

Alguna vez ha tenido pensamientos de suicidio o hecho amenazas de atento de suicidio? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente::

Has hecho algún atento de suicidio? **SI NO**

En caso afirmativo, describa brevemente::

Alguna vez ha sido abusado o descuidado? **SI NO**

Si marco si, circule todo lo que aplica y describa brevemente:

| <i>(circule todo lo aplicable)</i> | Describa brevemente |
|------------------------------------|---------------------|
| Físico | |
| Verbal / Emocional | |
| Sexual | |
| Descuido | |

Tiene algún historial familiar de problemas de salud mental? **SI** **NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Como lo disciplinaron cuando usted era niño? _____

Usted cree que era abusivo o excesivo? **SI** **NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____

Alguna vez ha tenido problemas de control de ira, ya sea ahora o en el pasado? **SI** **NO**

En caso afirmativo, describa brevemente: _____