



Formulario de historia de paciente adulto
de Northwest Behavioral Health Services

Complete todo lo que pueda de este formulario y tráigalo a su primera sesión. Esta información ayudará a su consejero a entenderlo mejor.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona que completa el formulario (si es diferente al paciente): _____

Relación con el paciente: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Tiene usted un tutor o beneficiario? ☐ Sí ☐ No

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Marque lo que mejor lo describa:

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Vuelto a casar | <input type="checkbox"/> Pareja o compañero de vida |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Describa su situación de vida. Marque todos los que corresponden:

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Con cónyuge | <input type="checkbox"/> Con pareja o compañero de vida | <input type="checkbox"/> Con hijos | |
| <input type="checkbox"/> Con sus padres | <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Con compañero de cuarto | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Díganos si está trabajando. Marque todos los que corresponden: ☐ Empleado ☐ Desempleado

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jubilado | <input type="checkbox"/> Discapacitado | <input type="checkbox"/> Padre/madre de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Voluntario | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
|-----------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|

Si está trabajando fuera de casa (en un trabajo remunerado o como voluntario), describa el trabajo y cuánto tiempo ha trabajado allí: _____

Origen étnico, cultura y religión

Comparta cualquier preocupación ética, cultural o religiosa que pueda ser útil para su terapeuta:

¿Es el inglés su idioma preferido? ☐ Sí ☐ No Si respondió No, mencione el idioma: _____

¿Le gustaría que un intérprete u otro apoyo participara en su terapia? _____

Historia química y de salud mental**Marque las opciones que se aplican a usted actualmente o en los últimos 3 meses:**

<input type="radio"/> Depresión <input type="radio"/> Episodios de llanto <input type="radio"/> Desesperanza <input type="radio"/> Ruptura de una relación <input type="radio"/> Soledad <input type="radio"/> Vacío <input type="radio"/> Pérdida de apetito <input type="radio"/> Problemas para dormir <input type="radio"/> Pesadillas <input type="radio"/> Pensamientos de hacerse daño <input type="radio"/> Gastar dinero <input type="radio"/> Adicción a las apuestas <input type="radio"/> Se siente nervioso o ansioso <input type="radio"/> Ataques de pánico <input type="radio"/> No se puede concentrar <input type="radio"/> Confusión <input type="radio"/> Pensamientos de hacerle daño a otras personas <input type="radio"/> Intentos de suicidio o lesiones <input type="radio"/> Escuchar voces	<input type="radio"/> Ver cosas que otros no ven <input type="radio"/> Pensamientos inusuales <input type="radio"/> Beber más alcohol de lo habitual <input type="radio"/> Consumir más drogas de lo habitual <input type="radio"/> Desmayos o pérdida de memoria <input type="radio"/> Síndrome de abstinencia de sustancias <input type="radio"/> Cambios de humor <input type="radio"/> Pensamientos acelerados <input type="radio"/> Miedo a morir <input type="radio"/> Estrés laboral <input type="radio"/> Menos actividad de lo normal <input type="radio"/> No ver amigos (aislarse) <input type="radio"/> Preocupación <input type="radio"/> Miedo a la pérdida <input type="radio"/> Pérdida del control del consumo de alcohol o drogas <input type="radio"/> Comer en exceso	<input type="radio"/> Purga <input type="radio"/> Gritar o romper cosas <input type="radio"/> Golpear a las personas <input type="radio"/> Ponerse en peligro <input type="radio"/> Poner en peligro a otras personas <input type="radio"/> Sentirse controlado <input type="radio"/> Sentir que hablan de usted <input type="radio"/> Sentirse culpable o avergonzado <input type="radio"/> Paranoia <input type="radio"/> Duelo <input type="radio"/> Problemas sexuales <input type="radio"/> Problemas en la escuela o en el trabajo <input type="radio"/> Sentirse intimidado <input type="radio"/> Violencia o sentir miedo en la casa <input type="radio"/> _____
--	--	--

Explique los temas que marcó: _____

¿Tiene problemas actuales que afectan su vida diaria? Si es así, explique _____

Preocupaciones actuales

Describa el problema o evento que lo trajo aquí hoy. _____

¿Qué le gustaría que el consejero/proveedor/personal hiciera por usted? _____

¿Qué lo llevó a buscar ayuda en este momento? _____

¿Ha intentado antes resolver estos problemas? Si la respuesta es Sí, ¿qué hizo y cómo funcionó? _____

¿A quién acude en busca de apoyo (familia, amigos, fe o espiritualidad, grupos de apoyo o de autoayuda)? _____

¿Qué fortalezas o recursos tiene que lo ayudarán a tener éxito en la consejería? (Ejemplos: compromiso, fuerte apoyo familiar, inteligencia, buen apoyo social, iglesia, amigos, etc.)

¿Qué podría impedir su éxito en la consejería? (Los ejemplos incluyen: pocos amigos, estrés económico, falta de apoyo social, falta de apoyo familiar, etc.)

¿Cuáles son algunos de sus pasatiempos o intereses?

Servicio militar

¿Ha estado o está actualmente en las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No División _____

Fecha de baja _____ Tipo de baja _____ Rango _____

¿Estuvo en combate? ☐ Sí ☐ No

Historia personal

Cuéntenos sobre su infancia:

¿Dónde creció? _____

¿Estuvieron sus padres siempre casados o se divorciaron? _____

Si se divorciaron, ¿cuántos años tenía usted en ese momento? _____

¿Cuántos hermanos tiene? _____ ¿Qué número de hijo es usted? _____

¿Cómo describiría su infancia? _____

Cuéntenos sobre su familia actual: Enumere abajo a sus familiares y a los miembros del grupo familiar.

Nombre	Edad	Relación	¿Viven en la misma casa? (Encierre en un círculo)	
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No
			Sí	No

¿Cómo describiría las relaciones en su familia actual? _____

Cuéntenos sobre otros matrimonios o relaciones de compromiso que haya tenido.

Duración de: _____

¿Tiene hijos de otras relaciones? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, escriba los nombres y las edades (a menos que ya los haya nombrado arriba): _____

Situación legal

¿Alguna vez ha estado implicado en asuntos con el sistema legal (custodia de menores, orden de protección, DWI, etc.)?

☐ Sí o ☐ No Si respondió Sí, describa: _____**Educación**

Indique el grado más alto que completó y cualquier certificado o licencia que tenga en una especialidad:

¿Tiene problemas de aprendizaje en alguna de estas áreas? ☐ Habla ☐ Audición ☐ Lectura☐ Escritura ☐ Concentración ☐ Atención ☐ Otros _____ ☐ Ninguno

Si tiene áreas problemáticas o una forma preferida de aprender, describa:

Salud mental y dependencia química en su familia u origen

Enumere cualquier familiar (familiar consanguíneo) que haya tenido problemas de salud mental.

Depresión: _____

Depresión bipolar/maníaca: _____

Ansiedad (ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias): _____

Esquizofrenia: _____ Suicidio: _____

Trastorno alimentario: _____ Trastorno de déficit de atención: _____

Abuso o dependencia a las drogas o al alcohol: _____

Su historia de salud mental y dependencia química

Sí	No	Tipo de tratamiento	Cuándo	Proveedor/programa	Motivo del tratamiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientación para paciente ambulatorio			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos (salud mental)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalización psiquiátrica			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento por drogas/alcohol			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grupos de autoayuda/apoyo			

Marque cualquiera de los siguientes que corresponda:**En el último año:**

- ☐ he pensado que debería reducir mi consumo de alcohol
 ☐ he pensado que debería reducir mi consumo de drogas
- ☐ personas me comentaron sobre mi consumo de alcohol
 ☐ personas me comentaron sobre mi consumo de drogas
- ☐ me he sentido mal o culpable por mi consumo de alcohol
 ☐ me he sentido mal o culpable por mi consumo de drogas
- ☐ he consumido drogas o alcohol a primera hora de la mañana para calmar mis nervios, para deshacerme de una resaca o para comenzar mi día.
- ☐ he considerado hablar con alguien sobre mi consumo de drogas o alcohol.

Historia de consumo de sustancias

Tipo de sustancia	Consumo actual (últimos 6 meses)				Consumo en el pasado				¿Cuándo empezó a consumir?
	S	N	Frecuencia	Cantidad	S	N	Frecuencia	Cantidad	
Tabaco									
Cafeína									
Alcohol									
Marihuana									
Cocaína/crack									
Éxtasis									
Heroína									
Inhalantes									
Metanfetaminas (Meth)									
Analgésicos									
PCP/LSD									
Esteroides									
Tranquilizantes									

Enumere cualquier problema que haya tenido debido al consumo de alcohol o drogas (con amigos, la ley, su dinero, su trabajo, relaciones sexuales, escuela, familia): _____

Historia de traumas y abuso

Describa cualquier pérdida importante que haya tenido (como muerte, discapacidad, divorcio, cambios de relación)

Marque si de niño tuvo alguno de los siguientes tipos de trauma o pérdida:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso emocional | <input type="checkbox"/> Ser testigo del abuso de otra persona | <input type="checkbox"/> Sentimiento de intimidación |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual | <input type="checkbox"/> Violencia en la casa | <input type="checkbox"/> Problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico | <input type="checkbox"/> Víctima de delito | <input type="checkbox"/> Quedarse sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Enfermedad de su padre/madre | <input type="checkbox"/> Pérdida de un ser querido |
| <input type="checkbox"/> Discriminación | <input type="checkbox"/> Poner a un hijo en adopción | <input type="checkbox"/> _____ |

Preocupaciones de seguridad¿Ha pensado alguna vez en lastimarse o suicidarse, o ha tenido el deseo de hacerlo? ☐ Sí ☐ NoSi respondió Sí, ¿tiene un plan suicida? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, explique: _____

¿Alguna vez ha intentado lastimarse o suicidarse? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, escriba la fecha y el método: _____

¿Alguna vez ha dañado bienes o personas, o pensó causar daño? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, explique: _____

¿Tiene acceso a armas de fuego? ☐ Sí ☐ No**Condición médica**¿Tiene usted un psiquiatra? ☐ Sí ☐ No Nombre del psiquiatra _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

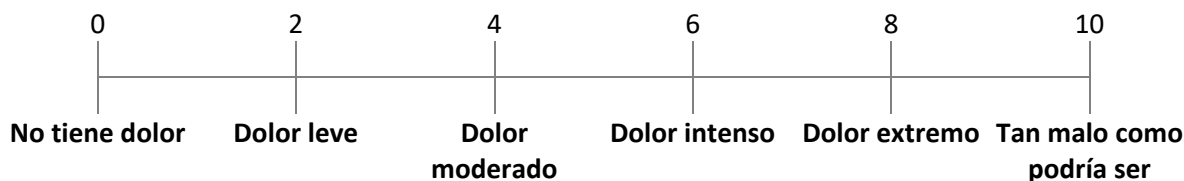
¿Tiene usted una clínica de atención primaria o un médico?

Nombre de la clínica o del médico _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

¿Le hicieron un examen físico para verificar sus síntomas? ☐ Sí ☐ No

Fecha de su último examen físico _____

¿Alguna vez ha tenido algún problema médico importante? ☐ Sí ☐ No Si respondió Sí, explique: _____¿Actualmente tiene algún dolor físico? ☐ Sí ☐ No Si respondió Sí, explique: _____¿Es su dolor constante o crónico (recurrente o continuo)? ☐ Sí ☐ No¿Le preocupa su peso o sus hábitos alimentarios? ☐ Sí ☐ No¿Están otras personas preocupadas? ☐ Sí ☐ NoSi respondió Sí, ¿ha hablado con su médico sobre estas preocupaciones? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas, explique: _____

Enumere todos los medicamentos actuales:

Medicamento	Médico	¿Con qué frecuencia lo toma?	Dosis/MG

Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel o escriba en la parte de atrás.

¿Tienes alguna alergia? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a un medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas, describa: _____

Firma del paciente:_____ Fecha:_____

Revisado por: Firma del terapeuta/proveedor_____ Credenciales_____ Fecha_____