

Formulario de historial del paciente

Complete este formulario lo mejor que pueda.

Describa la principal dificultad que lo ha llevado a solicitar los servicios.

¿Alguna vez ha recibido tratamiento psicológico, psiquiátrico, de drogas o alcohol, o servicios de asesoramiento?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique dónde y cuándo recibió tratamiento.

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para problemas psiquiátricos o emocionales?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique qué medicamentos ha tomado o está tomando actualmente.

¿Alguna vez te has sometido a pruebas psicológicas?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa qué diagnósticos le dieron y las recomendaciones que recibió.

Problemas de sueño (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Problemas para conciliar el sueño
- ☐ Problemas para permanecer dormido o despertarse con frecuencia
- ☐ Pesadillas
- ☐ Ninguno.

Depresión (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Estado de ánimo deprimido
- ☐ Pérdida de placer al hacer cosas que antes te gustaban.
- ☐ Culpa
- ☐ Inutilidad
- ☐ Desesperación
- ☐ Retiro
- ☐ Moviéndose más lentamente de lo habitual
- ☐ Agitación
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Ninguno.

Autolesión (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Historial de autolesiones o intentos de suicidio.
- ☐ Pensamientos de hacerse daño o suicidarse
- ☐ Deseo de hacerse daño o suicidarse
- ☐ Planes de hacerse daño o suicidarse
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, describa.

Problemas de conducta (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Dificultad para seguir reglas.
- ☐ Mintiendo
- ☐ Tomar riesgos
- ☐ Agresión
- ☐ Robando
- ☐ Fuga/romper el toque de queda
- ☐ Crueldad hacia los animales
- ☐ Prender fuego
- ☐ Implicación con el sistema legal.
- ☐ Faltar a la escuela o al trabajo
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, describa.

Dañar a otros (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Historia de dañar a otros
- ☐ Pensamientos de dañar a otros
- ☐ Deseo de dañar a otros
- ☐ Planes para dañar a otros
- ☐ Historia de agresión sexual hacia otros.
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, describa.

Problemas de atención (marque todos los que correspondan)

- ☐ Hiperactividad
- ☐ Dificultad para concentrarse
- ☐ Dificultad para mantenerse concentrado
- ☐ Olvido
- ☐ Dificultades con la gestión del tiempo.
- ☐ Dificultades para cumplir con los plazos
- ☐ Cometer errores por descuido
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, describa.

Otros problemas (marque todos los que correspondan)

- ☐ Manía o antecedentes de síntomas bipolares.
- ☐ Ver/escuchar/sentir cosas que no existen
- ☐ Fobias
- ☐ Pensamientos obsesivos
- ☐ Conductas compulsivas
- ☐ Miedo a las multitudes
- ☐ Ansiedad social
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Náuseas
- ☐ Dolor de cuerpo
- ☐ Vómitos
- ☐ Episodios de atracones
- ☐ Episodios purgativos
- ☐ Problemas de imagen corporal
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, describa.

Historial de trauma (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Abuso físico
- ☐ Abuso emocional
- ☐ Abuso sexual
- ☐ La violencia de pareja
- ☐ Agresión sexual
- ☐ Asalto físico
- ☐ Pérdida o separación de un ser querido
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Lesión o accidente
- ☐ Desastre natural
- ☐ Refugiado o inmigrante
- ☐ Encarcelamiento
- ☐ Historia de combate
- ☐ Daño moral
- ☐ Diagnóstico de trastorno de estrés postraumático
- ☐ Otro
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, descríballo brevemente.

Síntomas de trauma: generales (marque todos los que correspondan)

- ☐ Recuerdos intrusivos

- ☐ Pesadillas
- ☐ Desconectarse o dissociarse
- ☐ Recuerdos
- ☐ Molestarse emocionalmente después de los desencadenantes
- ☐ Volverse físicamente molesto o reactivo
- ☐ Ninguno.

Síntomas de trauma: evitación (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Evitando pensamientos
- ☐ Evitando sentimientos
- ☐ Evitando recuerdos
- ☐ Evitando a la gente
- ☐ Evitando lugares
- ☐ Evitar actividades o deberes.
- ☐ Ninguno.

Síntomas de trauma: emocionales (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Incapaz de recordar partes importantes del trauma.
- ☐ Creencias/expectativas negativas sobre uno mismo.
- ☐ Creencias/expectativas negativas sobre los demás.
- ☐ Creencias/expectativas negativas sobre el mundo.
- ☐ Culparte a ti mismo por lo que pasó
- ☐ Pensamientos persistentes sobre la causa o consecuencia de eventos traumáticos.
- ☐ Tristeza/negatividad/ira/agitaciones persistentes
- ☐ Menos interés en actividades que son importantes para usted.
- ☐ Desapego de los demás
- ☐ Desapego de responsabilidades o deberes
- ☐ Incapaz de sentirse feliz o experimentar emociones positivas.
- ☐ Comportamientos de autosabotaje
- ☐ Ninguno.

Síntomas de trauma: reactividad (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Comportamientos imprudentes o destructivos/autodestructivos
- ☐ Respuesta de sobresalto cuando hay un ruido fuerte o alguien te sorprende.
- ☐ Problemas con la concentración.
- ☐ Problemas con el sueño

- ☐ Hipervigilancia o sensación de que estás mirando por encima del hombro/sensación de que alguien te está siguiendo
- ☐ Miedo a estar solo o salir solo
- ☐ Ninguno.

Describa cualquier otro factor estresante importante en la vida, como divorcio, separación, conflictos interpersonales, pérdida de empleo, mudanza, problemas financieros, etc.)

Describa su identidad racial/étnica.

Describa sus creencias/prácticas espirituales y/o afiliaciones religiosas.

Historial vocacional/laboral

Antecedentes familiares significativos: médicos, psicológicos, uso de sustancias, calidad de las relaciones

Describa cualquier apoyo social y relaciones actuales que tenga.

¿Tiene algún requisito legal por parte del tribunal, la policía o un funcionario de libertad condicional para asistir a psicoterapia?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Tiene alguna otra participación legal o arreglos de custodia?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor.

Historial médico (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Hospitalizaciones
- ☐ Cirugías
- ☐ Lesiones en la cabeza o lesiones traumáticas.
- ☐ Condiciones médicas crónicas
- ☐ Alergias/sensibilidades
- ☐ Otros accidentes/lesiones
- ☐ Ninguno.

En caso afirmativo, describa cuándo experimentó alguno de estos.

¿Utiliza productos de tabaco?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuánto y qué productos?

Describa su consumo de alcohol en una semana o mes determinado.

Describa cualquier uso de drogas o problemas con las drogas, incluido el abuso de marihuana y medicamentos recetados.

Describa su ingesta típica de cafeína en una semana determinada.

Enumere todos los medicamentos, drogas u otras vitaminas, suplementos o sustancias que haya tomado durante el último año por motivos médicos.

Proveedor médico actual e información de contacto

Describa sus objetivos de tratamiento.
