

Center For Family Development

Cuestionario para Adulto

Para que yo pueda evaluarle completamente, por favor llene el siguiente formulario lo mejor que pueda. Comprendo que es mucha información y es posible que no recuerde o tenga acceso a toda ella; haga lo mejor posible. Si hay información que usted no desea en su expediente; está bien si no lo escribe en esta información. Muchas gracias!!

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del 2do Nombre: _____ Apellido: _____

Sobrenombre: _____ Fecha de la Primer Cita _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Raza _____ Estado Marital _____

Religión _____ No. de Seguro Social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. de la Casa: _____ Tel. del Trabajo: _____

Celular: _____ Email: _____

Niños: Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el paciente	Problemas	Fortalezas
---------------	---------------------	----------------------------	-----------	------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Con quién esta usted viviendo actualmente? _____

Persona para llamar en caso de emergencia: _____ Tel: _____

¿Quién le refirió a nosotros? _____

¿Tengo su permiso para conceder su información al profesional que le refirió a nosotros cuando sea apropiado?

Si _____ No _____

Propósito principal de la consulta (Por favor dé un resumen de los problemas principales)

¿Que sucedió para que usted buscara una evaluación en este momento?

HISTORIA MEDICA Estado Actual de salud **Atentados Anteriores para corregir el problema/Historia Psiquiátrica anterior:** (Por favor incluya citas con otros profesionales, medicinas, tipos de tratamiento, etc.)

Problemas/medicamentos: _____

Suplementos/vitaminas/hierbas: _____

Problemas de salud pasados/medicinas: _____

Otros doctores/clínicas que visita regularmente: _____

¿Se ha golpeado la cabeza en el pasado, aun sin perder la conciencia? ([por ejem. Accidente automovilístico, golpearse la cabeza en las barras para colgarse, jugando futbol, etc.):

¿Ha perdido alguna vez conocimiento? _____

¿Ha estado expuesto a sustancias tóxicas? (por ejemplo. Terminado de muebles, agente naranja(orange), pesticidas, etc.) _____

¿Ha tenido convulsiones o actividad parecida? _____

Hospitalización anterior (lugar, causa, fecha, resultado): _____

Examen anterior anormal de laboratorio, Rayos-X, Electroencefalograma, etc.: _____

Alergias/Intolerancia a drogas (describa): _____

¿Tiene moho en su casa? _____

¿Tiene usted un detector de Monóxido de carbono en casa? Si No

¿Tiene en los dientes amalgama de platino? Si No

Altura actual _____ Peso Actual _____

Estrés actual en su vida: (Incluya cualquier cosa que le causa estrés, ejemplos incluyen relaciones, trabajo, escuela, finanzas, niños) _____

Eventos prenatales y de nacimiento: La actitud de sus padres al estar embarazada de usted _____

Complicaciones en el embarazo (sangrado, vómito excesivo, medicamentos, infecciones, rayos-X, fumar, alcohol/uso de drogas, etc) _____

¿Problemas al nacer, trauma, uso de forceps o complicaciones? _____

Comportamiento al dormir:

¿Le es difícil ir a dormir? Si No Explique: _____

¿Cuanto tiempo le toma quedarse dormido(a)? _____

¿Permanece dormido (a)? Si No Explique: _____

¿Ronca usted? Si No ¿Es sonámbulo, tiene pesadillas, terror nocturno, sueños que re-ocurren, piernas inquietas, habla al estar dormido(a)?

Historia escolar: Último año completado _____ Último año que asistió _____

Promedio de calificación que recibió _____ Des-habilidad específica en el aprendizaje _____

Fortalezas en el aprendizaje _____

¿Problemas de comportamiento suyo en la escuela? _____

¿Que han dicho sus maestros acerca de usted? _____

Historia de empleo: (haga un resumen de los trabajos que ha tenido, enliste el favorito y el menos favorito)

¿Tiene algún problema relacionado con el trabajo? _____

¿Que dirían sus empleadores o supervisores acerca de usted? _____

¿Historia Militar? _____

¿Ha tenido problemas legales? _____

Historia del uso de drogas y alcohol: (Por favor enliste a que edad comenzó y la clase de substancia usada a través de los años y si actualmente usa alguna. También, describa como le hicieron sentir cada una de estas substancias; y que beneficio obtuvo de ellas.) Esto incluye alcohol (licor, cerveza, vino), marihuana o hash, tranquilizantes prescritos o pastillas para dormir, inhalante (pegamento, gasolina, líquidos de limpieza, etc.), cocaína o crack, anfetaminas o crank o hielo, esteroides, opiáceos (heroína, codeína, morfina u otros tranquilizantes), barbitúricos, drogas alucinógenas (LSD, mescalina, hongos, PCP).

¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia de alcohol o drogas? _____

¿Le ha dicho alguien que ellos piensan que usted tiene un problema con alcohol o drogas? _____

¿Te has sentido alguna vez culpable por el uso de alcohol o drogas? _____

¿Te has sentido molesto(a) cuando alguien te habló de tu uso de alcohol o drogas? _____

¿Has usado alguna vez alcohol o drogas temprano en la mañana? _____

Uso de cafeína por día (hay cafeína en el café, te, sodas, chocolate) _____

Uso de Nicotina por día, pasado y presente, (hay nicotina en cigarrillos, pipa de tabaco, tabaco masticable) _____

Historia sexual: (solo conteste con lo que se siente cómodo) Orientación sexual primaria: Homosexual, lesbiana, heterosexual, Bisexual

Edad de la primera experiencia sexual: _____ Numero de compañeros (as) sexuales: _____

Tiene historia de enfermedad transmitida sexualmente? _____

Historia de aborto? _____

Historia de abuso sexual, acoso sexual o violación?

Tiene problemas sexuales actuales? _____

Tiene historia de abuso físico o sexual? Si No

HISTORIA FAMILIAR Estructura familiar (actualmente quien vive en su casa, por favor provea el parentesco con cada uno):

Satisfacción actual marital o en la relación _____

Eventos significativos en la vida (incluya matrimonios pasados y actual, separación, divorcio, muerte, evento traumático, pérdida, abuso, etc.)

Historia de la madre biológica: edad _____ ocupación _____

Escuela: Grado mas alto que terminó _____

Problemas de aprendizaje _____

Problemas de comportamiento _____

Matrimonios _____

Problemas de salud _____

Atmósfera en la adolescencia (lugar que ocupa en la familia, abuso, enfermedades etc.) _____

Ha buscado su mamá ayuda psiquiátrica? Si ___ No ___ Si contesto que sí, con que propósito? _____

Historia de uso de alcohol o drogas de la Madre

Algún pariente sanguíneo de la madre ha tenido problemas del aprendizaje o problemas psiquiátricos incluyendo abuso de alcohol o drogas, depresión, ansiedad, intento de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas? (especifique)

Historia del padre biológico: edad _____ ocupación _____

Escuela: Grado escolar mas alto que terminó _____

Problemas de aprendizaje _____

Problemas de comportamiento _____

Matrimonios _____

Problemas de salud _____

Atmósfera en la infancia (lugar en la familia, abuso, enfermedades, etc.) _____

Ha buscado el padre tratamiento psiquiátrico? Si ___ No ___ Si es afirmativo, con que propósito? _____

Historia de uso de alcohol o drogas del padre: _____

Algún familiar sanguíneo del padre ha tenido problemas psiquiátricos incluyendo abuso de alcohol o drogas, depresión, ansiedad, atentado de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas? (especifique)

Hermanos(as):	Nombre	Edad	parentesco con el paciente	Problemas	Fortalezas
----------------------	--------	------	----------------------------	-----------	------------

Trasfondo cultural/étnico: _____

Describa su relación con amistades : _____

Describase a si mismo(a): _____

Describa sus fortalezas:

Que le gustaría realizar durante la visita?

Información del seguro médico primario:

Nombre del seguro médico: _____

Numero de póliza o # de contrato: _____ # de Grupo : _____

Numero de Seguro social de la persona responsable del seguro médico: _____

Nombre del empleador: _____

Nombre de la persona que tiene la póliza: _____

Fecha de nacimiento del que tiene la póliza: _____

Dirección de quien tiene la póliza: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Tel: _____

Información del seguro médico secundario:

Nombre de la compañía de seguro: _____

Número de Póliza o Número de contrato: _____ # de grupo: _____

Número de Seguro social del que tiene la póliza: _____

Nombre del empleador: _____ Nombre del que tiene la póliza: _____

Fecha de Nacimiento del que tiene la póliza: _____

Dirección de quien tiene la póliza: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Tel.: _____

Comprendo que como la persona primaria responsable, voy a pagar por toda la porción de los cargos que mi seguro médico no cubra. Yo autorizo al Centro para el desarrollo familiar que electrónicamente haga trámite del cobro a la compañía de seguro medico, que envíe cualquier documentación necesaria y que hable de este caso incluyendo diagnóstico y otra información del expediente clínico con las compañías de seguro médico enlistadas. Yo autorizo a mi compañía de seguro médico que envíe los pagos directamente al Centro para el desarrollo familiar.

En caso de cancelar mis citas, estoy de acuerdo en proveer **24 horas** de notificación al Centro para el desarrollo familiar o ser responsable por un pago de \$30.00 si falto a mi cita.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

Lista Amen del Sistema Cerebral

Por favor evalúese en cada uno de los síntomas abajo enlistados usando la siguiente escala. Si es posible, para darnos un cuadro mas completo, pida que otra persona que le conoce bien (como su cónyuge, amante o padre/madre) le evalúe. Mencione quien otro _____

0	1	2	3	4	NA
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	No se aplica/ desconoce

Otro usted

- _____ 1. Fallar en poner atención a detalles o cometer errores de descuido
- _____ 2. Dificultad para mantenerse atento a cosas de rutina (por ejemplo tarea, quehaceres, papeleo)
- _____ 3. Dificultad para escuchar
- _____ 4. Dificultad para terminar algo
- _____ 5. Poca organización de tiempo y espacio (tal como la mochila, cuarto, escritorio, papeleo)
- _____ 6. Evitar, desagrado, o estar renuente a embarcarse en tareas que requieren un esfuerzo mental constante
- _____ 7. perder cosas
- _____ 8. Fácilmente distraído
- _____ 9. Olvidadizo
- _____ 10. Poca destreza para planear
- _____ 11. Falta de metas claras o poca visión
- _____ 12. Tiene dificultad para expresar sentimientos
- _____ 13. Tiene dificultad en expresar empatía por otros
- _____ 14. Soñar despierto excesivamente
- _____ 15. Sensación de aburrimiento
- _____ 16. Sintiéndose apático
- _____ 17. Sintiéndose cansado, inactivo o de movimientos lentos
- _____ 18. Sintiéndose en el espacio o en una niebla
- _____ 19. Sintiéndose intranquilo, inquieto o dificultad en permanecer sentado
- _____ 20. Tiene dificultad en permanecer sentado en situaciones donde se espera que permanezca sentado
- _____ 21. Corriendo demasiado o trepándose en situaciones en que es inapropiado
- _____ 22. Tiene dificultad en jugar callado
- _____ 23. Estar siempre apurado o actuar como si tuviera un motor por dentro
- _____ 24. Hablar excesivamente
- _____ 25. Contestar antes que se haya completado la pregunta
- _____ 26. Tiene dificultad en esperar su turno
- _____ 27. Interrumpir o intrometerse con otros(ejemplo, intrometerse en conversaciones o juegos)
- _____ 28. Comportamiento compulsivo (decir o actuar sin primero pensar)
- _____ 29. Preocuparse excesivamente sin sentido
- _____ 30. Molestarse cuando las cosas no salen como uno quiere
- _____ 31. Molestarse cuando las cosas están fuera de lugar
- _____ 32. Tendencia a contrariar o argumentar
- _____ 33. Tendencia a tener pensamientos negativos repetidamente
- _____ 34. Tendencia a comportamiento compulsivo (por ejem Cosas que usted siente que *debe* hacer)
- _____ 35. Intensa aversión al cambio
- _____ 36. Tendencia a guardar rencor
- _____ 37. Dificultad para cambiar de atención de objeto a objeto
- _____ 38. Dificultad para cambiar de comportamiento de tarea a tarea
- _____ 39. Dificultad en ver opciones en diferentes situaciones
- _____ 40. Tendencia a mantenerse en su opinión y no escuchar a otros
- _____ 41. Tendencia a enfocarse en un curso de acción, sea bueno o no
- _____ 42. Necesidad de que las cosas se hagan de cierta forma y si no se molesta
- _____ 43. Otros se quejan de que se usted se queja mucho
- _____ 44. Tendencia a decir que no, sin primero pensar en la pregunta
- _____ 45. Tendencia a predecir temor

- _____ 46. Experimenta sentimientos frecuentes de tristeza
- _____ 47. Sentimientos de mal humor
- _____ 48. Sentimientos negativos
- _____ 49. Baja energía
- _____ 50. Estar irritable
- _____ 51. Tener poco interés en otras personas
- _____ 52. Disminución de interés en cosas que usualmente causan placer
- _____ 53. Sentimiento de desesperanza acerca del futuro
- _____ 54. Sentimientos de desesperanza o impotencia
- _____ 55. Des satisfecho o aburrido
- _____ 56. Sintiéndose demasiado culpable
- _____ 57. Tiene sentimientos suicidas
- _____ 58. Episodios de llanto
- _____ 59. Poco interés en cosas que se consideran divertidas
- _____ 60. Experimentando cambios en el sueño (mucho o muy poco)
- _____ 61. Experimentando cambios en el apetito (mucho o muy poco)
- _____ 62. Tiene baja estima propia crónica
- _____ 63. Tiene una sensación negativa a olores/ aromas
- _____ 64. Frecuentemente sintiéndose nervioso o ansioso
- _____ 65. Experimentando ataques de pánico
- _____ 66. Síntomas de tensión muscular (tal como dolores de cabeza, dolor muscular, temblor en la mano, etc.)
- _____ 67. Palpitaciones fuertes del corazón, latido rápido del corazón, o dolor de pecho
- _____ 68. Experimentando periodos de dificultad para respirar o sintiéndose oprimido
- _____ 69. Experimentando periodos de mareo, desmayo, o sintiéndose fuera de balance sobre los pies
- _____ 70. Sintiendo náuseas o tiene malestar estomacal
- _____ 71. Tiene periodos de sudoración, calores o fríos
- _____ 72. Tendencia a predecir lo peor
- _____ 73. Tiene miedo a morir o de hacer algo loco
- _____ 74. Evitar lugares por temor a tener ataque de ansiedad
- _____ 75. Evita conflicto
- _____ 76. Excesivamente temeroso a ser criticado o estar bajo escrutinio
- _____ 77. Fobias persistentes
- _____ 78. Baja motivación
- _____ 79. Motivación excesiva
- _____ 80. Experimentando tics (motor o vocal)
- _____ 81. Mala escritura
- _____ 82. Fácilmente se asusta
- _____ 83. Tiene tendencia a paralizarse en situaciones que provocan ansiedad
- _____ 84. Falta de confianza en sus propias habilidades
- _____ 85. Sintiéndose tímido
- _____ 86. Fácilmente se avergüenza
- _____ 87. Sensible a la crítica
- _____ 88. Morderse las uñas o pellizcarse la piel
- _____ 89. Salta a la mínima o experimenta periodos de extrema irritabilidad
- _____ 90. Tiene períodos de ira con muy poca provocación
- _____ 91. A menudo mal interpreta comentarios como negativos cuando no lo son
- _____ 92. Encuentra que su irritabilidad tiende a crecer, luego explota, disminuye, a menudo está cansado después de airarse
- _____ 93. Tiene periodos de espaciamiento y/o confusión
- _____ 94. Experimenta periodos de pánico y/o temor sin razón específica
- _____ 95. Experimenta cambio visual y/o auditivo, como ver sombras o sonidos sordos
- _____ 96. Periodos frecuentes de “*deja vu*” (esto es, sensación de estar en un lugar donde no ha estado antes)
- _____ 97. Sensible o con paranoia moderada
- _____ 98. Experimenta dolores de cabeza o dolor abdominal de origen incierto
- _____ 99. Ha sufrido un golpe en la cabeza o historia familiar de violencia y explosividad
- _____ 100. Tiene pensamientos oscuros, los que pueden involucrar suicidio u homicidio
- _____ 101. Experimentando periodos de olvido o pérdida de la memoria

