

**ESPAÑOL**



### **Información Psicosocial - BH**

Esta información se mantendrá en estricta CONFIDENCIALIDAD de acuerdo a las regulaciones de HIPPA. Después de completar este forma, por favor dóblela y póngala en el sobre adjunto para proteger su confidencialidad. Se le llamara en tres días después de recibir esta forma o antes para acordar una cita de evaluación. Gracias

**Debe ser completado antes de poder obtener una cita para psiquiatría ó consejería**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del que llena la forma \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Idiomas que habla: \_\_\_\_\_ Necesita traductor? Si \_\_\_ No \_\_\_

Describe el problema y que le gustaría lograr o cambiar en su tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha estado antes en tratamiento de psiquiatría o terapia? No \_\_\_ Si \_\_\_ Donde y con que profesional? \_\_\_\_\_

Está tomando medicación psicotrópica? (ie. Antidepresante, etc.) si lo hace, por favor indique lo que toma:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Conducta de Alto Riesgo**

Ninguna \_\_\_ Cortarse \_\_\_ Anorexia/Bulimia \_\_\_ Golpearse en la cabeza \_\_\_ conductas auto destructivas \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Siente que ha estado expuesta a trauma-abuso ó eventos traumáticos, ya sea como víctima o victimario?

Si \_\_\_ NO \_\_\_

En la infancia \_\_\_ Como adulto \_\_\_\_\_: Historia de Abuso Familiar \_\_\_ Físico \_\_\_ Emocional \_\_\_  
Sexual \_\_\_ Guerra \_\_\_\_\_

Está en riesgo de lo mencionado arriba? Si \_\_\_ No \_\_\_

#### **Historia Social y de Familia**

Donde nació y fue criado?:

\_\_\_\_\_

Número de Hermanos \_\_\_\_\_ Número de Hermanas \_\_\_\_\_

Quién (es) lo criaron? \_\_\_\_\_

Si tiene niños, describa cuantos tiene y sus edades:

\_\_\_\_\_

Situación actual de vivienda (que tipo, con quien vive?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de trastornos emocionales, ó adicciones en su familia. (Describa su parentesco y el tipo de trastorno):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Situación Laboral

Cuál es su actual situación laboral? Empleado \_\_\_\_\_ Desempleado \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Militar \_\_\_\_\_

Invalidez \_\_\_\_\_

#### Educación

Indique el grado más alto que completó \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_

Si va a la escuela, a cual va? : \_\_\_\_\_

Practica una religión?: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

#### Otros factores que están afectando al paciente:

Finanzas \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Relaciones familiares \_\_\_\_\_ Relaciones sociales \_\_\_\_\_ Seguridad \_\_\_\_\_ Legal \_\_\_\_\_

Funcionamiento Cognitivo \_\_\_\_\_ Salud Física \_\_\_\_\_ Vivienda \_\_\_\_\_ Control del Impulso \_\_\_\_\_ Inmigración \_\_\_\_\_

#### Historia del desarrollo del niño(a) : (Para menores solamente)

A qué edad el paciente: se sentó \_\_\_\_\_, gateó \_\_\_\_\_, caminó \_\_\_\_\_, habló \_\_\_\_\_ dejó los pañales \_\_\_\_\_ cual fue su conducta emocional? \_\_\_\_\_

#### Riesgo de daño personal:

Historia de intento de suicidio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Ha tenido pensamientos de lastimarse?

Nunca \_\_\_\_\_

Sí, los estoy teniendo ahora \_\_\_\_\_,

Sí \_\_\_\_\_ en los últimos 30 días \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ hace un año \_\_\_\_\_

Hay historia de ello, hace más de un año \_\_\_\_\_

Ha tenido pensamientos de lastimar a otros?

Nunca \_\_\_\_\_

Sí, los estoy teniendo ahora \_\_\_\_\_,

Sí \_\_\_\_\_ en los últimos 30 días \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ hace un año \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido hospitalizado en un hospital psiquiátrico? No \_\_\_\_\_, Si \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usa alcohol ó drogas ilícitas? NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_, Describa cuales y frecuencia \_\_\_\_\_

Firma del Paciente, ó Padre-Madre/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_