

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 atento 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 _____