

Nombre: _____

KRIST SAMARITAN COUNSELING CENTER

Formulario de Historia Clínica Adultos

FACTORES DE ESTRÉS

¿Dada la lista de categorías a continuación, ¿cuánto estrés le está causando actualmente?

	Ninguno	Estrés leve	Estrés moderado	Estrés severo
Familia				
Amigos				
Relaciones				
Educativo				
Economico				
Trabajo				
De la Vivienda				
Legal				
Salud				

HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS

	Sí	No
Tienes una historia de cualquier uso de drogas recreativas?		

En caso Afirmativo, por favor llene la siguiente tabla al mejor de sus conocimientos.

Sustancia(s) usada	Sí	No	Edad al primer uso	Edad en el último uso	Como fue tomado	Cantidad por día	Días por mes
Anfetaminas/speed					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Barbitúricos/downers					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Opiáceos					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Cocaína					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		

Sustancia(s) usada	Sì	No	Edad al primer uso	Edad en el ultimo uso	Como fue tomado	Cantidad por dia	Dìas por mes
Psicodélicos (e.g., LSD, éxtasis, sales de baño)					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Inhalantes (pegamento, aerosoles)					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Cannabis/marihuana/hachís					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Benzodiazepinas					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
PCP					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Marihuana Sintética					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Alcohol					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Otros:					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		
Otros:					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Inhalado <input type="checkbox"/> Inyectado		

	Sí	No
¿Recibió algún tratamiento para abuso de sustancias?		

En caso afirmativo, por favor llene la siguiente tabla al mejor de sus conocimientos.

Tipo de tratamiento	Sí	No	¿Cuántos episodios de tratamiento?	Edad del primer tratamiento	Edad del último tratamiento	¿Cualquier información adicional de tratamiento?
Hospitalización / residencial						
Hospitalización parcial (PHP)						
Ambulatorio intensivo (IOP)						
Para pacientes ambulatorios						
Programa de 12 pasos						
Otros:						
Otros:						

¿Ha experimentado cualquiera de estas consecuencias como resultado de consumo de alcohol o abuso de sustancias?
(Por favor marque todas las que aplican).

	Sí	No
Sin consecuencias		
Sentías que necesitabas reducir su consumo o uso		
Sido molestado por otros criticando su consumo o uso		
Se sentía culpable sobre consumo o uso		
Necesita un trago/usar lo primero en la mañana		
Aumento de la tolerancia		
Retiro (p. ej., sacudidas, sudoración, náuseas, frecuencia cardíaca rápida)		
Convulsiones		
Perder el conocimiento		
Efectos sobre la salud física		
Usar/consumir más de la intención		
Sobredosis accidental		
DUI		
Detenciones		
Pelea física o agresiones		
Conflictos de relación		
Problemas con el dinero		
Pérdida del empleo o problemas en el trabajo/escuela		
Otros:		
Otros:		

HISTORIA PSIQUIÁTRICA

	Sí	No
¿Tienes una historia de tratamiento psiquiátrico el hospitalizado?		

En caso afirmativo, enumere cualquier historia de tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados más abajo. Comience con el más reciente y cada episodio de tratamiento como una línea separada de la lista.

Hospital/ Clínica	¿Tratamiento voluntaria?	Principal motivo de hospitalización	¿Qué edad tenía usted?	Resultado del tratamiento	Comentarios Adicionales
	Sí No				
	Sí No				
	Sí No				
	Sí No				
	Sí No				
	Sí No				
	Sí No				

	Sí	No
¿tiene antecedentes de tratamientos psiquiátricos ambulatorios?		

En caso afirmativo, indique a continuación el historial de tratamiento ambulatorio. Comience con el más reciente y enumere cada episodio de tratamiento como una línea separada.

Proveedor de Tratamiento	Razon principal para buscar tratamiento	Edad del primer tratamiento	Edad del último tratamiento	Resultado del tratamiento	Comentarios Adicionales

	Sí	No
¿alguna vez has tratado de hacerte daño o matarte?		
¿Tu intención era morir?		

Elabora, si desea: _____

¿Cuántas veces en tu vida ha ocurrido esto? _____

Por favor describe tu episodio más *severo*:

Mes: _____ Año: _____

Método: _____ Consecuencia: _____

Por favor describe tu episodio más *reciente*:

Mes: _____ Año: _____

Método: _____ Consecuencia: _____

	Sí	No
¿Ha tenido alguna historia de comportamiento violento?		

Si es así, por favor elabore:

HISTORIAL MÉDICO

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

	Sí	No
¿Actualmente estás tomando algún medicamento? (excluyendo medicación psiquiátrica)		

Si es así, por favor liste los medicamentos aquí: _____

¿Ha tenido antecedentes de alguno de los siguientes problemas de salud? (por favor marque todos los que apliquen)

	Sí	No		Sí	No
No problemas			Hemorroides		
			Hepatitis		
Alergias			Hernia		
Anemia (bajo numeros en la sangre)			HIV		
Artritis			Hipertensiòn (alta presiò)		
Asma			Hyperthyroidism		
Problemas de espalda (including disc or spine)			Hypotension (low blood pressure)		
Càncer			Hipotiroidismo		
Cataratas			Enfermedad Inflamatoria Intestinal		
Varicela (como niño)			Deficiencia de Hierro		
Bronquitis Crònica			Enfermedad del Riñon		
COPD (emfisema)			Piedras en el Riñon		
Diabetes			Enfermedad del hígado		
Diverticulitis			Lupus		
Desmayos			Migrañas		
Colersterol Alto			Esclerosis múltiple		
Fibromialgia			Obesidad/Sobrepeso		
Enfermedad de la Vesicula			Enfermedad de Parkinsons		
Gastritis o úlcera			Pòlipos		
Glaucoma			Convulsiones		
Gota			Apnea del Sueño		
Pèrdida de la Audiciòn			Infarto Cerebral		
Enfermedad del Corazon			Testosterona Baja		
Defecto Cardíaco desde el nacimiento			Tuberculosis (O' exposiòn a TB)		
Problemas de la Válvula Cardíaca			Otro:		

¿Ha tenido antecedentes de cirugía en alguna de las siguientes áreas? (Por favor marque todos los que apliquen)

	Sí	No		Sí	No
Sin historia quirúrgica			Hígado		
			Pulmòn		
Espalda/Cuello			Pàncreas		
Cerebro			Pelvis		
Cardíaco			Pene		
Orejas/Nariz/Garganta			Pròstata		
Vesícula			Cambio de Sexo		
Hernia			Hombro/Codo/Muñeca/Mano		
Cadera/Rodilla/Tobillo/Pie			Estòmago		
Histerectomìa (ovarios removidos)			Amìgdalas		

Histerectomía (ovarios retenidos)			Vagina		
Intestino			Pérdida de peso		
Riñón			Otro:		

HISTORIA DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA.

	Sí	No
¿Alguna vez ha tomado alguna medicación para el tratamiento psiquiátrico?		

En caso afirmativo, por favor llene la siguiente tabla al mejor de sus conocimientos.

Nombre de la Medicina	Dosis	Cuánto Tiempo (Meses)	Fecha Final	Efecto Terapéutico	Efectos Secundarios	Razón por dejar

	Sí	No
¿Tiene alguna alergia conocida a la medicación?		

En caso afirmativo, por favor complete su información de alergia a continuación.

Alergia a Medicamentos	Reacción Alérgica

HISTORIA FAMILIAR

	Sí	No
¿Tiene algún familiar con antecedentes de enfermedad psiquiátrica?		

En caso afirmativo, por favor explique a continuación.

Condition	Miembro(s) de Familia	Materno or Paternal?	
ADHD		M	P
Alcoholismo		M	P
Ansiedad		M	P
Autismo/PDD/Síndrome de Asperger		M	P
Trastrono Bipolar		M	P
Antecedentes Criminales		M	P
Lenguaje Retrasado		M	P
Depresión		M	P
Drogadicción		M	P
Dislexia		M	P
Desorden Alimentario (indicar el tipo)		M	P
Genio Explosivo		M	P
Retraso Mental/IDD		M	P
Trastorno Obsesivo-Compulsivo (OCD)		M	P
Otra Discapacidad de Aprendizaje (indica que tipo)		M	P
Trastorno de Personalidad (indica que tipo)		M	P
Hospitalización Psiquiátrica		M	P
Esquizofrenia		M	P
Convulsiones/Epilepsia		M	P
Suicidio (completado or intentado)		M	P
Trauma/PTSD		M	P
Otro:		M	P
Otro:		M	P
Otro:		M	P

	Sí	No
¿Hay algún antecedent médico familiar adicional?		

En caso afirmativo, por favor elabora: _____

ANTECEDENTES SOCIAL: DESARROLLO Y EDUCACIONAL

¿Durante su embarazo/nacimiento, tuvo su madre problemas con alguna de las siguientes situaciones?

	Sí	No
Ninguno de esos		
Exposición a drogas o alcohol durante el embarazo.		
Un embarazo difícil. Si es así, cómo:		
Problemas con el parto del bebé. Si es así, cómo:		
Otro:		

¿Tuviste alguna complicación después de tu nacimiento?

	Sí	No
Ninguno de esos		
Prematuro		
Ictericia		
Complicaciones del corazón		
Dificultades para respirar		
Cordón umbilical envuelto alrededor del cuello		
Tragó meconio		
Uso de fórceps		
Retenido en el NICU. Si es así, cuánto tiempo?:		
Otro:		

¿Tuvo algún retraso o dificultad para alcanzar los siguientes hitos del desarrollo?

	Sí	No
Ninguno de esos		
Para caminar		
Hablando		
Entrenamiento para ir al baño		
Durmiendo solo		
Estar lejos de los padres		
Haciendo amigos		
Otro:		

¿Qué opciones a continuación describen mejor el ambiente de tu infancia?

	Sí	No
Normal		
De Apoyo		
Pelea de padres		
Violencia de los padres		
Dificultades Financieras		
Mudando frecuentemente		
Otro:		
Otro:		

¿Cuál de los siguientes desafíos experimentó durante su infancia?

	Sí	No		Sí	No
Ninguno de esos			Pealeando		
			Robando		
Berrinches			Daño a la propiedad		
Enuresis (mojar la cama)			Prender fuego a las cosas		
Encopresis (incontinente)			Crueldad a los animales		
Huyendo de la casa			Ansiedad de separación		

¿Cuál de los siguientes describe mejor los problemas que pudo haber tenido en la escuela?

	Sí	No		Sí	No
Ninguno de esos			Expulsiones		
			Rehusar ir a la escuela		
Peleando			Reprobó muchas clases		
Fobia escolar			Retenido de grado(s)		
Absentismo escolar			Educación especial		
Detenciones			Clases de recuperación		
Suspensiones			Otro:		

¿Tuvo alguna educación adicional fuera del entorno normal? (Por favor marque todos los que apliquen)

	Sí	No		Sí	No
Ninguno de esos			Acomodaciones		
			Escuela en casa		
En hablar			Otro:		
Tutoría			Otro:		

¿Cuál es tu nivel más alto de educación? _____

Si tiene algún comentario sobre su desarrollo y / o su historia educativa y desea realizar más detalles, hágalo en el espacio provisto: _____

HISTORIAL SOCIAL: GENERAL

¿Qué opciones a continuación describen mejor su situación social?

	Sí	No		Sí	No
Red social de apoyo			Distante de la familia de origen		
Pocos amigos			Conflicto familiar		
Amigos basados en el uso de sustancias			Otro:		
No amigos					

¿Cuál es tu estado civil? _____

¿Cuál es el estado de su relación íntima? _____

¿Cuál es el nivel de satisfacción de su relación íntima? _____

¿Cuál es tu orientación sexual? _____

¿Cuál es su situación actual de vivienda? _____

¿Con quién vives actualmente? (Por favor marque todos los que apliquen.)

	Sí	No		Sí	No
Solo			Compañero(a)/Esposo(a)		
Compañeros de cuarto			Hijos		
Padres			Otro:		

	Sí	No
¿Participas actualmente en actividades espirituales?		

¿Cuál es su estatus de ocupación (trabajo)? _____

¿Cuál es su ingreso anual actual? _____

¿Cuál es su período continuo más largo de empleo?

Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____ Descripción: _____

¿Cuál es su período continuo más largo de desempleo?

Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____ Descripción: _____

HISTORIA SOCIAL: MENSTRUACIÓN Y EMBARAZO

N/A (circule si no es aplicable)

¿A qué edad empezaste la menstruación? _____

¿Cuál de estos describe mejor tus síntomas premenstruales? (Por favor marque todos los que apliquen)

	Sí	No		Sí	No
Ninguno de esos			Cambio en apetito		
			Hinchado		
Disforia			Sueño perturbado		
Calambres			Otro:		
Mal humor			Otro:		

Alguna vez has estado embarazada? _____ ¿Si es así, cuantas veces? _____

¿Alguna vez has dado a luz? _____ ¿Si es así, cuantas veces? _____

Ha tenido abortos involuntarios? _____ ¿Si es así, cuantas veces? _____

Has tenido algún aborto? _____ ¿Si es así, cuantas veces? _____

REVISION DE SISTEMAS:

Mire la lista de síntomas físicos a continuación y marque con un círculo los que haya experimentado en los

últimos días. Si no ha experimentado ningún síntoma en un área, asegúrese de marcar con un círculo "ninguna de las opciones anteriores" para esa área.

Constitucional		
Dolor Crónico	Loss of appetite	Aumento del apetito
Pérdida de peso inexplicable	Perdida de apetito	Fatiga/Letargo
Fiebre inexplicable	Hechizos frios o calientes	Sudor en las noches
Interrupcion del patron de dormir	Malestar (como la gripe /sintiéndose enfermo)	
Otro:	Ninguno de esos	
ESÍ		
Dolor de ojo	Secrecion del ojo	Enrojecimiento de los ojos
Vision borrosa o doble	Historia de la cirugia ocular	Sensibilidad a la luz
Ecotomas (puntos ciegos)	Hemorragia retiniana	Amaurosis fugax (sintiendo como una cortina se tira sobre la vision)
Otro:	None of the above	
Orejas, Nariz, Garganta, y Boca		
Dolor de oidos	Tinnitus (Repique en los oidos)	Disminuir la audicion o la perdida de audicion
Infecciones frecuentes del oido	Hemorragias nasals frecuentes	Congestion nasal
Gotea del nariz/gotea post-nasal	Dificultad para tragar	Frecuente dolor de garganta
Ronquera prolongada	Dolor en la mandibular o dientes	Boca seca
Otro:	Ninguno de esos	
Cardiovascular		
Dolor de pecho	Marcapasos	Pies o manos hinchadas
Palpitaciones (latidos cardiacos rapidos o irregulares)	Desmayos	Dificultad para respirar con el ejercicio
Otro:	Ninguno de esos	
Respiratorio		
Dolor al respirar	Tos cronica	Dificultad respiratoria cronica
Sibilancias cronicas/Asma	Felma excesiva	Tose sangre
Nocturnal Dyspnea (falta de respiracion en la noche)	Otro:	Ninguno de esos
Musculoesquelético		
Hinchazón en las articulaciones	Enrojecimiento de las articulaciones	Otros dolores en las articulaciones o rigidez
Dolor muscular o calambres	Debilidad muscular	Rigidez muscular
Movimiento limitado or disminuido	Dolor de espalda o rigidez	Historia de fracturas
Heridas pasadas de la columna vertebral o articulaciones	Otro:	Ninguno de esos
Gastrointestinal		
Flatulencia excesiva o eructos	Acidez	Cambio en la apariencia de las heces.
Diarrea	Dificultad para tragar sólidos/líquidos.	Sangre en las heces
Estreñimiento	Pérdida reciente en el apetito	Heces oscuras
Náuseas / vómitos persistentes	Sensibilidad a los productos lácteos.	Pérdida de control intestinal
Dolor abdominal	Ictericia (piel amarilla)	
Otro:	Ninguno de esos	
Alérgico / Inmunológico		

Infecciones frecuentes	Urticaria	Anaphylaxic reaction
Otro:	Ninguno de esos	
Endocrino		
Síntomas menopáusicos severos	Intolerancia al frío o al calor	Apetito excesivo
Sed excesiva o urinacion	Sudoración excesiva	Diabetes
Otro:	Ninguno de esos	
Hematológico / Linfático		
Coágulos de sangre	Sangrando facilmente después de cirugía o trabajo dental	Transfusión de sangre.
Hematomas excesivos o sangrado		Glándulas inflamadas (cuello, axilas, ingle)
Otro:	Ninguno de esos	
Genitourinario (general)		
Pérdida de control para orinar	Urinacion dolorosa/ardiente	Sangre en la orina
Mas frecuente para orinar	Hasta más de dos veces por noche para orinar.	Retención de orina
Infección frecuente de orina		
Otro:	Ninguno de esos	
Genitourinario (mujer)		
Raro secrecion de la vagina	Dolor vaginal, sangrado, dolor o sequedad	Llagas genitales
Menstruación pesada o irregular		Sin menstruación
Actualmente embarazada	Esterilidad / infertilidad	Cualquier otra preocupación sexual o de órganos sexuales
Otro:	Ninguno de esos	
Genitourinario (hombre)		
Flujo lento de orina	Dolor escrotal	Bulto o masa en los testículos
Secreción anormal del pene	Problemas para obtener / mantener ereccione	Cualquier otra preocupación sexual o de órganos sexuales
Incapacidad para eyacular/orgasmo		
Otro:	Ninguno de esos	
Neurológico		
Parálisis	Desmayos	Mareo / Vértigo
Modorra	Habla confusa	Problemas del hablar
Problemas de memoria	Dificultades de memoria (pérdida)	Frecuentes dolores de cabeza
Debilidad muscular	Entumecimiento/ Sensación de hormigueo	Neuropatía (entumecimiento en los pies)
Temblor en manos	Espasmos musculares o temblores	
Otro:	Ninguno de esos	
Integumentario (piel, pecho y cabello)		
Lesiones	Lunar inusual	Moretones con facilidad
Aumento de sudor	Erupciones en la piel	Piel seca crónica
Picazón en la piel o el cuero cabelludo	Cambios en el cabello o las uñas	Pérdida de cabello
Sensibilidad en el pecho	Secreción en el pecho	Tumor o masa en el pecho
Otro:	Ninguno de esos	
Psiquiátrico		
La revisión en profundidad del sistema psiquiátrico aparece anteriormente en el documento	Sentirse deprimido	Dificultad para concentrarse
	Fobias/temores inexplicables	Ya no hay placer de la vida
	Ansiedad	Insomnio
Mal humor en excesivo	Estres	Pensamientos perturbadores
Episodios maníaco	Confusion	Pérdida de memoria
Otro:	Ninguno de esos	