

Cuestionario confidencial para adultos (Adult Confidential Questionnaire)

Por favor, tómese unos minutos para completar este cuestionario. Esta información nos será útil a medida que nos enteremos de sus preocupaciones personales. Es muy importante que proporcione información precisa. Esto se convertirá en parte de su registro médico confidencial.

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES (con tinta negra o azul solamente)

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fec/nac: ____ / ____ / ____ Edad: _____
Apellido Nombre

Nombre preferido: _____ Nombre anterior o de soltera: _____

Género: M F Otros: _____ Pronombre(s): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo(a)

Dirección de Correo: _____ Residencia Actual: _____
Calle, Apto. # Calle, Apto. #
Ciudad, Estado, Código Postal Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: () _____ Diurno/Trabajo: () _____ Cell: () _____

Método preferido de contacto y Horario: _____

Empleo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Empleado(a) Independiente Estudiante

Otro: _____

Empleador: _____

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE/PAREJA

Nombre: _____
Apellido Nombre

Calle, Apto. # Ciudad, Estado Código Postal

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Apellido Nombre

Calle, Apto. # () Teléfono residencial () Teléfono celular

Ciudad, Estado, Código Postal () Diurno/Trabajo

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: () _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS MEDICOS

Seguro Primario: _____ Titular de la póliza: _____

Grupo #: _____ Fec/nac: del titular de la póliza: ____ / ____ / ____

Empleador: _____ Contrato #: _____

Seguro Secundario: _____ Titular de la póliza: _____

Grupo #: _____ Fec/nac del titular de la póliza: ____ / ____ / ____

Empleador: _____ Contrato #: _____



Cuestionario confidencial para adultos

Evaluación inicial (parte I)

Nombre: _____ Fec/nac: ____ / ____ / ____ Edad: ____
Apellido Nombre

¿Qué síntomas o problemas lo traen a esta cita? _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

¿Quién vive actualmente con usted?

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>	<u>Calidad de la relación</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tienes hijos viviendo fuera de casa?

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>	<u>Calidad de la relación</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿A quién tiene disponible para apoyo?

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estado civil

- Soltero Solteros viviendo juntos, cuanto tiempo: _____
 Separado, cuanto hace: _____ Legalmente casado, cuanto tiempo: _____
 Divorcio en curso, por cuanto tiempo: _____ Viudo, cuanto tiempo: _____
 Divorciado, cuanto hace: _____ Número de matrimonios: _____

Evaluación de la relación actual: Buena Regular Mala

HISTORIA DE LA INFANCIA

Número de hermanos: ____ Hermanas: ____ Hermanastras: ____ Hermanos: ____ Hermanastros: ____

Lugar que ocupa dentro de sus hermanos: _____

Vivió con: Padres _____ Padres y hermanos _____ Otros: _____

Los padres son/eran: Casados Divorciados Separados

Edad de la madre: ____ (Si falleció, a qué edad _____. Su edad en ese momento _____.) Madrastra: Sí No

Edad del padre: ____ (Si falleció, a qué edad _____. Su edad en ese momento _____.) Padrastra: Sí No



Cuestionario confidencial para adultos

EDUCACIÓN

Nivel escolar obtenido: _____

Enumere cualquier barrera para el aprendizaje (es decir, discapacidad de aprendizaje, discapacidad visual o auditiva)

RELACIONES SOCIALES

Respuesta habitual a las relaciones sociales:

- Evasivo Tímido/Retraído Seguidor Amistoso
 Líder Argumentador Agresivo Extrovertido

¿Estás satisfecho con las relaciones sociales actuales? Sí No, explique: _____

PREOCUPACIONES FINANCIERAS: No Sí, explique: _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO

¿Ha recibido asesoramiento o terapia ambulatoria antes? No Sí

¿Cuándo y con quién? _____

¿Fue útil? No Sí, explique _____

¿Alguna vez ha sido tratado con medicamentos psiquiátricos? No Sí

¿Cuándo y con quién? _____

¿Qué medicamentos? _____

¿Experimentó algún efecto secundario? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una afección psiquiátrica? No Sí

En caso afirmativo, indique la fecha de admisión, el hospital y el motivo de la admisión: _____

¿Alguna vez has hecho un intento de suicidio? No Sí, explique: _____

¿Alguna vez se ha autolesionado? No Sí, explique: _____



Cuestionario confidencial para adultos

USO ACTUAL DE SUSTANCIAS (marque todos los que correspondan)

	<u>Fecha/hora del último uso</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Dosis/Cantidad</u>
<input type="checkbox"/> Ninguno	-----	-----	-----
<input type="checkbox"/> Cafeína	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotina	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alcohol	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Marihuana	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cocaína	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estimulantes	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sedantes	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inhalantes	_____	_____	_____

¿Ha experimentado alguna consecuencia del uso?

- Social _____ Ocupacional: _____
 Legal _____ Otro: _____

¿Ha recibido tratamiento para un problema de uso de sustancias? No Sí

En caso afirmativo, enumere las fechas, el lugar y el resultado: _____

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de problemas de salud mental o psiquiátricos, alcoholismo u otro abuso de sustancias?

- No Sí En caso afirmativo, enumere a continuación:

<u>¿Qué relación tiene la persona con usted?</u>	<u>Tipo de problema</u>	<u>Tratamiento / Medicamentos</u>	<u>¿Útil?</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Hay algún historial de suicidio en su familia? No Sí Si es así, qué relación tiene con usted:

DESARROLLO

¿Antecedentes de abuso o trauma? No Sí Si es así, que tipo: Sexual Físico Emocional

El abuso fue como: Víctima Perpetrador Explique: _____

¿Problemas para pasar de una etapa de la vida a otra? No Sí

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

CULTURAL/ÉTNICA

¿Hay algún problema cultural o étnico que le gustaría que tuviéramos en cuenta? No Sí

En caso afirmativo, explique: _____



Cuestionario confidencial para adultos

ESPIRITUAL/RELIGIOSO

¿Tiene apoyo de fe en la comunidad? No Sí

¿Cuán importantes han sido los asuntos espirituales? Mínimo Moderado Alto

¿Necesidades espirituales? No Sí Explique: _____

OCIO/RECREATIVO

¿En qué pasatiempos o actividades estás interesado o involucrado?

<u>Actividad</u>	<u>Cambios recientes</u>	<u>En caso afirmativo, explique:</u>
_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____

HISTORIA MILITAR

No Sí En caso afirmativo. Rama: _____

Tipo de descarga: _____

Duración del servicio: _____

Comentarios (opcional): _____

LEGAL

Participación legal actual: Ninguna Libertad Condicional Libertad Bajo Palabra

Oficial de Libertad Condicional: No Sí Nombre: _____

Cargos legales pendientes: No Sí Explique: _____

Cargos legales pasados: No Sí Explique: _____

Orden de protección/Orden de alejamiento: No Sí Explique: _____

COMENTARIOS ADICIONALES (si es necesario):

¿Hay algo más sobre usted que pueda ser importante que sepamos para que podamos ser de ayuda para usted?

Metas de Tratamiento Personales:



Lista de resumen médico de H & P

MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya medicamentos sin receta, vitaminas y remedios herbales).

	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Razón</u>	<u>¿Quién lo recetó?</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí ¿Cuáles? _____
¿Qué tipo de reacciones tienes? _____

FACTORES DE SALUD - ¿Tiene algún historial de...?

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autoinmune | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas con la próstata |
| <input type="checkbox"/> Problemas de azúcar en la sangre | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Síndrome premenstrual | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad visual | | |

Describir: _____

¿Está recibiendo tratamiento? _____

NUTRICIÓN

Tiene antecedentes de aumento o pérdida de peso involuntaria? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Tiene alguna preocupación con su apetito o alimentación? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

DOLOR CRÓNICO

¿Tiene antecedentes de dolor crónico? No Sí Describir: _____

Nivel actual de dolor: '1-10' ('1'-siendo el más bajo, '10'-más alto): _____

Tratamiento actual: _____

QUIRÚRGICO

Por favor, enumere las cirugías y las fechas: _____

Fecha del último contacto con el médico de atención primaria: ___ / ___ / ___ Fecha del último examen físico: ___ / ___ / ___

¿Algún problema encontrado? _____

SALUD REPRODUCTIVA

¿Usas anticonceptivos? Sí No N/A ¿qué tipo? _____

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad de transmisión sexual? No Sí N/A

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

SOLO MUJERES

¿Sus períodos son regulares? Sí No N/A Fecha del último período? _____

¿Experimenta cambios de humor severos? Sí No N/A

¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No N/A

