

Instrucciones: Por favor tome su tiempo en contestar las siguientes preguntas para que su terapeuta pueda proveerle con el mejor servicio posible. Si su hijo/a es el cliente, por favor conteste las preguntas en referencia a su hijo/a. Si usted viene para terapia de parejas o familiar, por favor conteste las preguntas en referencia a la persona enlistada como el cliente primario (pregunte a su terapeuta o a la recepcionista si tiene dudas). Si necesita ayuda para rellenar alguna parte del formulario, su terapeuta lo puede revisar con usted durante la sesión de hoy. ¡Gracias!

Preguntas Médicas

¿Ha tenido alguna vez, o tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido/GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastritis/úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia Vitamínica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión Cerebral Traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿Está usted recibiendo tratamiento para esas diagnosis?

Si No Ya no es necesario

Por favor, escriba la fecha de su último examen físico:

¿Le gustaría que su terapeuta se pusiera en contacto con su medico?

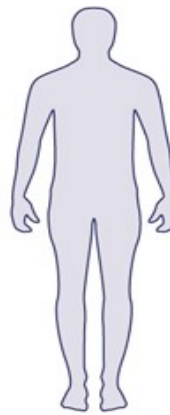
Si (llene el formulario de coordinación de cuidado) No

En una escala del 0 al 10, 0 siendo que no tiene dolor, y 10 siendo que tiene mucho dolor, por favor indique cuál es su nivel de dolor:

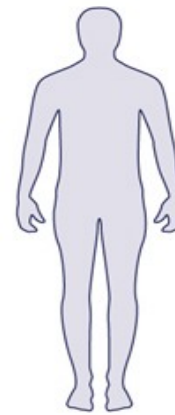
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En el caso de que tenga algún dolor, está bajo tratamiento médico? Si No

Por favor, marque con una X cada parte del cuerpo en la que sienta dolor:



el frente



detrás

Por favor, escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Nombre de la Medicamiento	¿Qué enfermedad/condición trata?

Cirugías:

Indique qué tipo de cirugía y la fecha específica o su edad cuando tuvo la cirugía:

Hospitalizaciones:

Incluya hospitalizaciones médicas, indicando las fechas y razones por las que estuvo hospitalizado/a:

Alergias:

Por favor, escriba si tiene alguna alergia a medicamentos o alergias ambientales:

Por favor complete esta sección si usted es menor de 18 años

¿Con quién vive el cliente actualmente? _____
¿Quién vive en la casa? _____
¿Quién tiene custodia legal del cliente? _____
¿Hubo complicaciones durante el embarazo o durante el parto del cliente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contestó si, por favor explique: _____
¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo del cliente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contestó si, por favor explique: _____

Preguntas de Cuidado Psiquiátrico

¿Está recibiendo servicios de un Psiquiatra actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contestó si, ¿cuál es el nombre de su Psiquiatra? _____			
¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a en una clínica psiquiátrica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si contestó si por favor indique: Fechas: _____ Razón: _____			
¿En los últimos 30 días, ha tenido pensamientos de lastimar a alguien intencionalmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si contestó si: ¿Tiene usted un plan de cómo lastimaría a esa persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿En el pasado, ha tenido pensamientos de lastimar a alguien intencionalmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿En los últimos 30 días, ha tenido pensamientos de quitarse la vida intencionalmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si contestó si: ¿Tiene usted un plan de cómo lo haría? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿En el pasado, ha tenido pensamientos de quitarse la vida intencionalmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Ha intentado quitarse la vida alguna vez? <input type="checkbox"/> Si (Fecha: _____) <input type="checkbox"/> No			
¿En los últimos 30 días, se ha lastimado a si mismo intencionalmente? <input type="checkbox"/> Si (Método _____) <input type="checkbox"/> No			
¿Alguna vez ha sido diagnosticado/a por un profesional con alguna de las siguientes diagnosis?	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Dislexia <input type="checkbox"/> ADHD/ hiperactividad	<input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Post-Traumático <input type="checkbox"/> Discapacidades Intelectuales <input type="checkbox"/> Otro _____

Le informamos que no somos un centro de crisis abierto 24 horas, por lo tanto, si usted tiene pensamientos de lastimar a alguien o a sí mismo o a alguien más, por favor llame al número de teléfono para crisis 713-970-7000 o al 911.

Preguntas Nutricionales

<p>¿Por lo general, cuantas comidas come al día?</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez al día <input type="checkbox"/> 2-5 veces al día <input type="checkbox"/> 6 + veces al día</p>
<p>Mi apetito/consumo de comida en los últimos 30 días ha:</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> No ha cambiado <input type="checkbox"/> Incrementado</p>
<p>He bajado o subido 10 libras (5 kilos) o más en los últimos 30 días:</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿El cambio de peso fue intencional?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Está tratando de subir o bajar de peso?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Se ha inducido el vómito en los últimos 3 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Por lo general, continúa comiendo a pesar de sentirse lleno/a o satisfecho/a?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Con qué frecuencia hace ejercicio?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-1 veces por semana <input type="checkbox"/> 2-5 veces por semana <input type="checkbox"/> 6 + veces por semana</p>
<p>¿Tiene alergia a algún alimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó Si, por favor indique cuáles: _____</p>
<p>¿Ha tenido alguna preocupación acerca de su salud dental (ej: caries, problemas de encías) en los últimos 3 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó si, por favor indique cuáles _____</p>
<p>¿Ha recibido tratamiento para esos problemas dentales?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>

Preguntas de uso de sustancias

¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado	
Si contestó si, ¿Qué sustancias? <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Otras, por favor especifique _____	
¿Cuántas veces al día? _____	¿Edad aproximada en la que empezó? _____ ¿Edad aproximada en la que paró? _____
¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado	
Si contestó si ¿Cuántos días a la semana? _____ ¿Cuántas bebidas al día? _____	¿Edad aproximada en la que empezó? _____ ¿Edad aproximada en la que paró? _____
¿Tiene alguna preocupación en cuanto a su consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir su consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se ha sentido molesto/a por que otras personas critiquen su consumo de alcohol, tabaco, u otras sustancias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se ha sentido culpable por su consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha bebido alcohol por la mañana para calmar sus nervios o curar una resaca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha recibido tratamiento debido a abuso de alcohol u otras sustancias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si contestó si, qué tipo de tratamiento fue: _____ _____	
Duración y fechas del tratamiento: _____	

Por favor tenga en cuenta que su terapeuta no le puede proveer servicios si usted se encuentra bajo la influencia de cualquier sustancia. Si necesita ser referido para tratamiento de abuso de sustancias, su terapeuta le puede dar una lista con diferentes centros de ayuda.

Historia Familiar

¿Hay alguien en su familia con problemas de abuso de sustancias, incluye alcohol, drogas, u otras sustancias?

Si No

¿Hay alguien en su familia con problemas de salud?

Si No

¿Hay alguien en su familia con problemas psiquiátricos?

Si No

Nombre del cliente (Letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Fecha de hoy

Firma del Cliente (El cliente debe ser mayor de 18 años para firmar)

Firma del padre/madre o tutor legal (Si el cliente es menor de 18 años)

Relación con el paciente

Si prefiere no firmar electrónicamente este formulario, puede imprimirlo, firmarlo y llevarlo a su cita.