



Si a participado en pruebas psicológicas, indique el tipo de prueba realizada, el nombre específico de la prueba, las fecha(s) donde se administró la prueba, Por ejemplo: "Test de personalidad (Tipo), Minnesota Multifasico, Inventario de Personas "MMPI-2" (Nombre específico de prueba), Febrero 01, 2017 (Fecha en que se administró la prueba)."

***Sección del Código Civil de California, 56.10 Establece que la información puede divulgarse a "Proveedores de atención medica u otros profesionales o centros de atención medica con fines de diagnóstico o tratamiento del paciente" sin el consentimiento del paciente. Al poner su inicial, Usted reconoce y comprende que puedo comunicarme con su proveedor de atención médica actual o anterior solo para discutir asuntos relevantes para su diagnóstico y tratamiento sin su consentimiento. Inicial: _____**

Información de Tratamiento Médico

¿Está actualmente buscando tratamiento para una afección médica no psiquiátrica grave o crónica?

Si No

En caso afirmativo, favor de proporcionar cualquier información que le gustaría compartir, incluyendo los medicamentos para las afecciones médicas, nombre(s) del proveedor (es), información de contacto, fechas de servicio, y pronóstico.

Historia de Trauma

A sido,- o está siendo actualmente - emocionalmente, físico o sexualmente abusado/a?

Si No Prefiero no contestar

En caso afirmativo, proporcione cualquier información que desee compartir con las circunstancias subyacentes.

Información de la Familia de Origen.

Fue adoptado? Si No En caso afirmativo, a qué edad fue adoptado? _____

Si fue adoptado, tiene una relación con su madre/padre biológicos? Si No

Alguno de sus padres (biológicos o adoptados) está separado o se volvió a casar? Si No

Algunos de sus padres (biológicos, adoptivos, o hermanastro/as) han fallecido? Si No

Qué tipo de relación tiene/tuvo con sus padres (biológicos, adoptados, o padrastro/madrastra)?

Tiene algún hermano/a (biológico, adoptado/a, medio hermano/a, hermanastro/a)?

Si No Cuantos? _____



Favor de proporcionar cualquier información adicional que le gustaría compartir sobre los padres, hermanos o la experiencia familiar de la infancia.

Evaluación Mental/ Evaluación de Riesgos

Favor de identificar si ha experimentado alguno de los siguientes problemas. Si este es un problema pasado, actual o recurrente:

Pensamientos suicidas:

Pasado Presente Recurrente

Pensamiento de querer dañarse intencionalmente:

Pasado Presente Recurrente

Pensamiento de querer causar daño intencionalmente a otra persona:

Pasado Presente Recurrente

Estrés Post-Traumático:

Pasado Presente Recurrente

Si actualmente tiene pensamientos de hacerse daño a usted mismo/a o a otra persona, responda las siguientes preguntas:

Cuanto tiempo ha tenido estos pensamientos? _____

Con que frecuencia tiene estos pensamientos? _____

Tiene un plan y/o los medios para llevar a cabo la amenaza de daño a usted mismo o a otra persona?

Alguna vez ha tratado de lastimarse a usted mismo o a alguien más en el pasado?

Hay algo que pueda detener o evitar que se haga daño a usted mismo o a otra persona?

Si nada puede prevenir el lastimarse a usted mismo o a otra persona, por favor identifique que tan probable es que pueda lastimarse a sí mismo o a otra persona.

Definitivamente probable No es probable



Historial de uso de Alcohol/Sustancias

Por su conocimiento, algún miembro(s) de la familia lucha o lucho con el abuso o adicción al alcohol/sustancias:

Usted, lucha o lucho con el abuso o adicción al alcohol/sustancias: Si No

Por favor indique su estado actual de uso de sustancias:

- Sin historial de uso Uso activo de alcohol o drogas
- en remisión completa temprana En remisión completa temprana
- en remisión completa sostenida En remisión parcial sostenida

Si indico que tiene un historial de abuso de alcohol/sustancias o adicción, favor de identificar los tipos o tratamientos en los que a participado o en el que esta participando actualmente.

- Tratamiento ambulatorio Tratamiento impaciente Programa de 12 pasos.
- Deje de usar por mi cuenta. Otro método: _____

Fue efectivo el método de tratamiento anterior? Por favor explique:

Por favor verifique y brinde detalles sobre los tipos de sustancias que esta usando actualmente:

- Opioide(s): Clasificación: _____ Duracion de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Heroína: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Cigarros/Tabaco: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Alcohol: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Anfetaminas: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Barbitúricos: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Cocaína: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Grieta: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Alucinógenos: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Inhalantes: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Marihuana: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Otro: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____

Si a infringido que a estado usando o esta usando sustancias, por favor indique los efectos secundarios y/o consecuencias que experimento o esta experimentando como resultado del uso.

- Sobredosis Suicidal / Impulso suicida Depresión
- Ansiedad Apagones Perdida de control
- Condiciones Médicas Otro _____



Historia Espiritual/Cultural

Te identificas con una religión, cultura, o practica espiritual en particular?

Alguna cuestión religiosa, cultural o espiritual contribuye a sus inquietudes, preocupaciones o problemas actuales?

Información Adicional

Por favor hágame saber sobre cualquier cosa que no se haya abordado en esta entrada o cualquier cosa que le gustaría que yo supiera sobre usted, sus objetivos, sus relaciones, o cualquier evento importante de la vida reciente.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____