

Historial de salud del paciente
Complételo y tráigalo a su 1^{ra} cita.

FECHA: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Persona que completa el formulario (si no es el paciente): _____ **Rel. c/el paciente:** _____

Nombre del tutor (si es pertinente): _____ **Estado civil:** _____

Contacto en caso de emergencia: _____ **Relación con el paciente:** _____ **Tel.:** _____

Fecha de su último examen médico: _____

Problemas médicos actuales: _____

¿Alguna anomalía perinatal o del desarrollo? No ___ Sí ___ (Explique al reverso del formulario)

¿Está tomando actualmente algún medicamento, ya sea por prescripción médica o no? No ___ Sí ___

Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre, dosis actual y fecha en la que comenzó a tomar cada uno de ellos:

¿Sufre de alergias? No ___ Sí ___ Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de cada una de ellas:

¿Ha recibido antes cualquier tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico? No ___ Sí ___

Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad total de consultas que recibió como paciente externo: _____

¿A qué edad acudió a su primera consulta? _____

¿Ha recibido cualquier tipo de tratamiento como paciente interno o en un hospital por problemas mentales o abuso de drogas o alcohol? No ___ Sí ___

[Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de las instalaciones en las que recibió el tratamiento, junto con las fechas y la duración de la estancia]: _____

¿Qué le hace buscar ayuda actualmente? _____

¿Fuma? No ___ Sí ___ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

¿Cuánto alcohol bebe en promedio por semana? _____ tragos por semana.

¿Ha tenido problemas relacionados con su consumo de alcohol (legales, de salud, en el trabajo o en sus relaciones)?

No ___ Sí ___ Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Díganos si ha experimentado cualquiera de los siguientes síntomas:

Pensamientos o impulsos suicidas	N ___ S ___
Pensamientos o impulsos homicidas	N ___ S ___
Problemas de apetito	N ___ S ___
Problemas de sueño	N ___ S ___
Molestias físicas	N ___ S ___
Furia o irritabilidad	N ___ S ___
Aislamiento o retiro social	N ___ S ___
Ansiedad o pánico	N ___ S ___
Fobias	N ___ S ___
Comer en exceso/Purgarse o vomitar	N ___ S ___
Poco control sobre sus impulsos	N ___ S ___
Violencia hacia los demás	N ___ S ___
Destrucción de propiedad	N ___ S ___
Comportamiento extraño o inusual	N ___ S ___
Ideas irracionales o confusas	N ___ S ___
Ideas o comportamientos repetitivos molestos	N ___ S ___
Auto-mutilación	N ___ S ___