



**HISTORIA PSIQUIATRICA PREVIA:**

(Por favor incluya el contacto que ha tenido con otros profesionales, medicamentos, tipo de tratamiento, etc.)

---

---

---

¿Cómo quiere que la clínica lo ayude?:

---

---

---

**HISTORIA MÉDICA**

Problemas médicos actuales y medicamentos que esta tomando:

---

---

---

---

Problemas médicos y medicamentos del pasado:

---

---

---

---

¿Ha visitado regularmente otros doctores o clínicas?:

---

---

---

---

¿Ha sufrido algún trauma en su cabeza? (describa):

---

---

---

---

¿Ha tenido ataques epilépticos u otros episodios parecidos que incluyan convulsiones o pérdida temporal del conocimiento?:

---

---

---

---

¿Ha tenido períodos de confusión o de no saber donde se encuentra?:

---

---

---

Hospitalizaciones previas (lugar, fecha, causa, resultados):

---

---

---

---

Alergias o intolerancia hacia alguna droga o medicina (describa):

---

---

---

---

Estatura actual: \_\_\_\_\_ Peso actual \_\_\_\_\_

Tensiones y preocupaciones en su vida actual (incluya cualquier cosa que lo agote o aflija en sus relaciones personales, trabajo, escuela, hijos, situación económica, etc.):

---

---

---

---

---

**HISTORIA FAMILIAR:**

Estructura familiar (¿con quién vive actualmente? Agregue cualquier otra información que considere necesaria)

---

---

---

---

Acontecimientos importantes de su pasado (incluya matrimonios, separación, divorcios, muertes, acontecimientos traumáticos, pérdidas, abuso físico o emocional, etc.)

---

---

---

---

Actual situación matrimonial o de pareja. ¿Está contento o satisfecho con esta relación?

---

---

---

¿Tiene matrimonios previos?

---

---

---

Hermanos y hermanas (nombre, edad, problemas, relaciones buenas o malas con el paciente):

---

---

**Client Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Initial** \_\_\_\_\_ 3

Hijos (nombre, edad, problemas si los hubiera, relaciones buenas o malas con el paciente):

---

---

**INFORMACIÓN ACERCA DE SU MADRE:**

Edad: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Educación: Diga el nivel más alto que alcanzó en sus estudios:

---

---

---

Problemas de aprendizaje si los hubiera (señale cuales)

---

Problemas de comportamiento si los hubiera (señale cuales)

---

Matrimonios:

---

Problemas médicos:

---

Ambiente familiar durante su infancia (nivel económico de la familia, abuso físico o emocional, enfermedades, etc.):

---

---

¿Ha buscado su madre ayuda o tratamiento psiquiátrico? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI

Si la respuesta es SI, ¿cuál fue el objetivo?

---

---

Historia del uso de alcohol o de drogas por parte de su madre:

---

---

¿Han tenido algunos parientes sanguíneos de su madre algún tipo de problemas de aprendizaje o problemas psiquiátricos incluyendo uso de alcohol o droga, depresión, angustia, intentos de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas, etc.? (señale cuales).

---

---

**INFORMACIÓN ACERCA DE SU PADRE:**

Edad: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Educación: Diga el nivel más alto que alcanzó en sus estudios

Client Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Initial \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje si los hubiera (señale cuales)

Problemas de comportamiento si los hubiera (señale cuales)

Matrimonios:

Problemas médicos:

Ambiente familiar durante su infancia (nivel económico de la familia, abuso físico o emocional, enfermedades, etc.):

¿Ha buscado su padre ayuda o tratamiento psiquiátrico? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
SI

Si la respuesta es SI, ¿cuál fue el objetivo?

Historia del uso de alcohol o de drogas por parte de su padre:

¿Han tenido algunos parientes sanguíneos de su padre algún tipo de problemas de aprendizaje o problemas psiquiátricos incluyendo uso de alcohol o droga, depresión, angustia, intentos de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas, etc.? (señale cuales).

### **NIVEL EDUCACIONAL DEL PACIENTE:**

Ultimo curso/nivel completado:

Ultima escuela a la que usted asistió:

Promedio de notas que obtuvo:

¿Tuvo algún problema en la escuela?:

¿En qué materias se sacaba mejores notas o cuáles le gustaban mas?

¿Qué opinaban de usted sus profesores?:

HISTORIA LABORAL (Resuma los trabajos que ha tenido empezando por los que más le han gustado).

¿Ha tenido problemas relacionados con su trabajo?:

---

---

¿Qué opinaban de usted sus jefes y la compañía donde trabajaba?:

---

### **HISTORIA MILITAR:**

---

---

### **PROBLEMAS LEGALES:**

¿Ha tenido problemas legales?:

---

### **USO DE ALCOHOL Y DE DROGAS**

(Diga a qué edad empezó a usar drogas y cuales sustancias ha usado, incluyendo las que pueda estar usando en la actualidad. Para cada sustancia diga como le hace sentir y cual cree usted que es su beneficio. Las drogas pueden incluir alcohol (licores fuertes, cerveza o vino), marihuana o “hash” (picadillo), tranquilizantes o pastillas para dormir, inhalantes (pegamentos, gasolina, quitamanchas, etc.), cocaína o “crack”, anfetaminas,, esteroides, narcóticos (heroína, morfina u otros calmantes del dolor), barbitúricos, drogas alucinógenas (LSD, mezcalina, hongos), PCP.

---

---

---

---

¿Ha tenido síntomas de abstinencia/carencia cuando se le ha retirado el alcohol o las drogas?

---

¿Le ha dicho alguien que sospechaba que usted consumía alcohol o drogas?

---

¿Se ha sentido culpable por consumir alcohol o drogas?

---

¿Le molesta que le hablen de su consume de alcohol o de drogas?

---

¿Ha consumido drogas o alcohol muy temprano en la mañana?

---

Cantidad de nicotina que usa diariamente (la nicotina se encuentra en cigarrillos, cigarros y tabaco de mascar). Mencione la cantidad usada tanto en el pasado como en el presente

---

---

### **ASPECTOS SOCIO-CULTURALES:**

¿Cuál es su origen étnico?

---

Describa cómo son sus relaciones con sus amigos: \_\_\_\_\_

---

---

**Client Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Initial** \_\_\_\_\_

---

Describase a sí mismo: \_\_\_\_\_

---

---

¿Cuáles son sus objetivos al venir a esta consulta? ¿Qué espera obtener?

---

---

---

---

**Client Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Initial** \_\_\_\_\_