



1969 West Hart Road – Beloit, Wisconsin 53511
 (608) 364-5686 TELÉFONO (608) 364-5756

COUNSELING CARE CENTER

NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Fecha de hoy:

Número del Seguro Social

Historia reportada por el cliente - Página 1 de 4

A continuación hay varias preguntas sobre usted y su historia de salud. Esta información será útil para nuestro personal durante la evaluación y planificación del tratamiento para usted. Por favor marque una respuesta para cada pregunta/punto. No dude en discutir esto con nuestro personal.

Toda la información que usted proporcione aquí es confidencial. Gracias.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (marque una respuesta o llene el espacio en blanco)

- ¿Sexo? Masculino Femenino
- Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
- ¿Cuál es su estado civil? Casado Viudo Separado Divorciado Nunca se casó Pareja estable
- ¿Hasta dónde llegó en la escuela? 8° grado o menos Algunos estudios secundarios Graduado de la escuela secundaria o su equivalente (diploma de equivalencia general)
 Algunos estudios universitarios o título universitario de dos años Graduado universitario
- ¿Cuántos hijos tiene usted? _____
- ¿Cuántos hijos viven en su casa? _____
- ¿Sirvió usted en las fuerzas armadas? No Sí Si es así, ¿qué rama? _____ ¿Está activo? _____
- ¿Afiliaión religiosa? _____ ¿Está activamente involucrado? Sí No

MEDICAMENTOS

9. Por favor indique los nombres de todos los medicamentos que esté tomando ahora, incluyendo los medicamentos con prescripción, los medicamentos sin prescripción, los medicamentos herbales/las vitaminas y los medicamentos tomados según sea necesario:

Con prescripción: _____

Otro: _____

10. ¿Ha tenido usted alguna vez una reacción alérgica u otra mala reacción a algún medicamento o alimento? (Marque uno) No Sí

En caso afirmativo, por favor explique _____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a evaluar su historia de salud. Por favor marque con una X la casilla Sí o No que está a la derecha para cada pregunta de abajo, respondiendo según su leal saber y entender.

Por favor indique los nombres de sus médicos: _____

Califique cualquier dolor que usted experimente de 1 a 10, siendo 10 completamente insoportable _ ¿Dónde está localizado el dolor? _

HÁBITOS

1. Ha fumado usted alguna vez cigarrillos, cigarros o una pipa? Sí No

2. ¿Cuántos días en el último mes ha fumado usted cigarrillos, cigarros o una pipa? días

3. ¿Cuál es el número total medio de tazas o latas de café, té o refrescos con cafeína (cola, Mountain Dew, Dr. Pepper) que usted bebe en un día típico? tazas y latas
4. ¿Aproximadamente cuántos días ha bebido usted cerveza, vino o licor en los últimos 30 días? días
5. En los días en los que usted bebió, ¿cuál es el número total medio de tragos que tomó? (un trago = una cerveza de 12 onzas o un trago de bebidas espirituosas o un vaso de vino de 4 onzas) tragos
6. En el último mes, ¿tomó usted alguna vez 5 o más tragos en un solo día? Sí No
7. Aproximadamente, ¿cuántos días ha consumido usted anfetaminas, cocaína, crack, marihuana, pastillas para dormir, Valium u otros sedantes en los últimos 30 días? días

Historia reportada por el cliente - Página 2 de 4

HÁBITOS - Continuación

8. ¿Ha sentido usted alguna vez que debería reducir su consumo de alcohol? Sí No
9. ¿Se ha sentido usted alguna vez molesto por las quejas sobre su consumo de alcohol? Sí No
10. ¿Se ha sentido usted alguna vez culpable o molesto por su consumo de alcohol? Sí No
11. ¿Ha tomado usted alguna vez un trago para sentirse mejor en la mañana? Sí No
12. ¿Recibió usted alguna vez orientación profesional sobre su consumo de alcohol o drogas? Sí No

PROBLEMAS EMOCIONALES

1. ¿Ha tenido usted alguna vez un ataque de pánico, cuando repentinamente se siente asustado, ansioso o extremadamente incómodo? Sí No
2. ¿Se siente usted a menudo muy incómodo al ser observado o visto por otras personas (tal como cuando habla con alguien en público, escribe en un lugar público o come en público) porque siente que hará algo vergonzoso o humillante? Sí No
3. ¿Hay cosas que le hayan dado miedo especialmente como volar, las alturas, ver sangre, los lugares cerrados, los puentes o ciertos tipos de animales o insectos? Sí No
4. ¿Le molestan a menudo pensamientos que le hacen sentir ansioso, que parecen ser insensatos y de los que no puede deshacerse, incluso cuando trata de resistirse a ellos? Sí No
5. ¿Ha tenido usted alguna vez cosas que tenía que hacer una y otra vez, y a las que no podía resistirse (como lavarse sus manos una y otra vez, o revisar algo varias veces para asegurarse de que lo había hecho bien) más que la mayoría de las otras personas que conoce? Sí No

En los últimos seis meses, ¿ha tenido usted muchos problemas con lo siguiente?

6. ¿Controlar sus "nervios", o sentirse ansioso y tener los nervios de punta? Sí No
7. ¿Preocuparse excesivamente por muchas cosas diferentes la mayoría de los días? Sí No

En los últimos tres meses, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes?

8. ¿Varios atracones de comida en los que usted comió grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo?
 Sí No
9. ¿Una sensación de que su consumo de alimentos estaba fuera de control?
 Sí No
- En su vida, ¿ha tenido usted alguna vez un período que haya durado por lo menos dos semanas cuando durante la mayor parte del día o todos los días haya sentido lo siguiente?
10. ¿Poco interés en, o placer al hacer las cosas? Sí
 No
11. ¿Abatimiento, tristeza, depresión o desesperanza?
 Sí No
- En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido usted molesto la mayor parte del día o todos los días por lo siguiente?
12. ¿Por sentir poco interés en, o placer al hacer las cosas? Sí
 No
13. ¿Por sentir abatimiento, tristeza, depresión o desesperanza?
 Sí No
14. ¿Ha tenido usted alguna vez en su vida un período que haya durado una semana o más cuando se haya sentido tan bien o hiperactivo que otras personas pensaron que no se estaba comportando de manera normal, o se haya sentido tan irritable que le gritaba a la gente o empezaba peleas o discusiones? Sí
 No
15. ¿Le ha dicho alguna vez un orientador o médico que usted tenía un trastorno bipolar o tuvo un episodio maníaco?
 Sí No
16. ¿Ha sentido usted alguna vez que las personas hablaban de usted a sus espaldas o le prestaban atención especial?
 Sí No
17. ¿Ha sentido usted alguna vez que alguien trataba de hacerle pasar un mal rato, atacarlo, engañarlo o lastimarlo? Sí
 No
18. ¿Ha sentido usted alguna vez que era especialmente importante de alguna manera, o que tenía poderes para hacer cosas que la gente normal no podía hacer? Sí No
19. ¿Ha sentido alguna vez que alguien o algo fuera de usted estaba controlando sus pensamientos o acciones en contra de su voluntad?
 Sí No
20. ¿Ha sentido usted alguna vez que sus pensamientos estaban siendo transmitidos en voz alta para que otras personas pudieran escuchar realmente lo que usted estaba pensando? Sí No
21. ¿Ha oído usted alguna vez cosas que otras personas no podían oír, tales como ruidos o las voces de personas hablando o susurrando?
 Sí No
22. ¿Ha tenido usted alguna vez visiones o visto cosas que otros no podían ver?
 Sí No
23. ¿Ha tomado usted intencionalmente una sobredosis, se ha lastimado usted o ha tratado usted de suicidarse alguna vez?
 Sí No

Historia reportada por el cliente - Página 3 de 4

PROBLEMAS EMOCIONALES - Continuación

24. ¿Ha lastimado usted alguna vez a otra persona accidental o intencionalmente?
 Sí No

25. ¿Ha sido usted arrestado o acusado de un delito alguna vez, o tiene alguna inquietud legal? Sí
No

26. ¿Está experimentando usted sentimientos/pensamientos suicidas/homicidas?
..... Sí No

27. ¿Qué hace usted en su tiempo libre? _____

28. ¿Ha cambiado su interés en esto? Sí No

TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

¿Ha visto usted alguna vez a un orientador, psicólogo, psiquiatra u otro especialista en salud mental para que lo ayudara con un problema antes de hoy?

No Sí En caso afirmativo, por favor díganos cuándo, dónde y por qué buscó tratamiento:

Año/Fecha Lugar Razón/Diagnóstico

HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS

¿Ha estado usted alguna vez hospitalizado para un tratamiento psiquiátrico?

No Sí En caso afirmativo, por favor díganos cuándo, dónde y por qué estuvo hospitalizado:

Año/Fecha Lugar Razón/Diagnóstico

HOSPITALIZACIONES MÉDICAS

¿Ha pasado usted alguna vez la noche en un hospital o ha sido sometido a una operación ambulatoria para el tratamiento de un problema aparte de los problemas de salud mental? No Sí En caso afirmativo, por favor indique cuándo, dónde y por qué:

Año/Fecha Lugar Razón/Diagnóstico

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

1. ¿Ha tenido usted alguna vez un ataque (convulsión, epilepsia)?.....
Sí No

2. ¿Tienes usted dolores de cabeza frecuentes?
Sí No

3. ¿Ha tenido usted problemas de coordinación o debilidad? Sí
No

4. ¿He tenido usted problemas con el hormigueo o entumecimiento de sus manos o pies?
..... Sí No

5. ¿Ha tenido usted alguna vez una lesión grave en la cabeza o estado en coma?
..... Sí No

TRASTORNOS CIRCULATORIOS - ¿Ha tenido usted muchas veces lo siguiente?

1. ¿Hinchazón de sus manos o pies? Sí
No

2. ¿Mala circulación, dolor en las piernas al caminar o venas varicosas?
Sí No

3. ¿Desmayos? Sí No
4. ¿Desvanecimientos, mareos o desmayos? Sí No

TRASTORNOS CIRCULATORIOS - ¿Ha tenido usted muchas veces lo siguiente?

5. ¿Hipertensión? Sí No
6. ¿Dolor de pecho? Sí
- No
7. ¿Palpitaciones? Sí No
8. ¿Ha tenido usted alguna vez un ataque al corazón?
Sí No

Historia reportada por el cliente - Página 4 de 4

TRASTORNOS CIRCULATORIOS – Continuación... ¿Ha tenido usted muchas veces lo siguiente?

9. ¿Ha tenido usted alguna vez un ritmo cardíaco anormal?
Sí No
10. ¿Ha tenido usted alguna vez un soplo cardíaco?
Sí No
11. ¿Ha tenido usted alguna vez fiebre reumática?
Sí No

TRASTORNOS RESPIRATORIOS - ¿Ha tenido usted alguna vez lo siguiente?

1. ¿Falta de aliento después de un ejercicio suave, asma o enfisema? Sí No
2. ¿Tuberculosis o una prueba cutánea de tuberculosis positiva?
..... Sí No
3. ¿Neumonía, bronquitis crónica o sinusitis frecuente? Sí
- No

TRASTORNOS URINARIOS

1. ¿Le han dicho alguna vez que usted tiene una enfermedad renal?
Sí No
2. ¿Ha tenido usted alguna vez cálculos renales?
Sí No
3. ¿Ha tenido usted alguna vez una infección del tracto urinario (vejiga)?
Sí No
4. ¿Ha notado usted alguna vez sangre en su orina?
Sí No

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

1. ¿Ha bajado o subido usted más de 5 libras en los últimos 6 meses? Sí
- No
2. ¿Tiene usted algún dolor o problema al tragar? Sí No
3. ¿Ha tenido usted alguna vez acidez significativa? Sí
- No
4. ¿Ha tenido usted alguna vez una úlcera? Sí
- No
5. ¿Ha tenido usted alguna vez evacuaciones negras o sanguinolentas?
Sí No
6. ¿Ha tenido usted alguna vez hepatitis u otra enfermedad hepática?
..... Sí No

7. ¿Le han dicho alguna vez que usted tuvo pancreatitis?Sí
No

8. En el **último mes**, ¿ha tenido usted muchas veces lo siguiente?
Náusea Sí No Diarrea Sí No
Vómitos Sí No Estreñimiento Sí
No

TRASTORNOS ENDOCRINOS

1. ¿Le han dicho alguna vez que usted tiene diabetes? Sí
No
2. ¿Le han dicho alguna vez que usted tiene una enfermedad de la tiroides?
..... Sí No

TRASTORNOS REPRODUCTIVOS - MUJER

1. ¿Ha tenido usted una ligadura de trompas o histerectomía? Sí
No
2. ¿Ha tenido usted alguna vez pruebas anormales de Papanicolaou o cáncer uterino/cervical?
..... Sí No
3. ¿Ha pasado usted por la menopausia? Sí
No

TRASTORNOS REPRODUCTIVOS - HOMBRE

1. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas con la impotencia?
Sí No

OTRO

1. ¿Ha tenido usted alguna vez anemia? Sí
No
2. ¿Ha tenido usted alguna vez cáncer?
Sí No
3. ¿Ha tenido usted alguna vez psoriasis u otra enfermedad grave de la piel?
Sí No
4. ¿Ha tenido usted alguna vez artritis, gota u otra enfermedad de las articulaciones?
..... Sí No

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente en letra de imprenta _____ Revisado el 07/15/2009