

FORMULARIO DE SALUD MENTAL – NUEVOS PACIENTES

Datos Personales

Nombre:	_____	Fecha:	_____
Dirección:	_____		
Teléfono:	_____	Correo electrónico:	_____
Médico principal:	_____	Teléfono:	_____
¿Quién nos recomendó?	_____		

Motivo de su visita

Motivo de su visita:	_____
Fecha que inició:	_____ ¿Ya había tenido este problema? _____
El problema es:	leve / moderado / intenso (marcar con un círculo)
Terapeutas anteriores con los que se atendió por este motivo:	_____
Factores que empeoran su situación:	_____
Factores que alivian su situación:	_____

Síntomas presentes (marque todas las opciones pertinentes)

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Problemas de apetito	<input type="checkbox"/> Avoidance	<input type="checkbox"/> Episodios de llanto
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Demasiada energía	<input type="checkbox"/> Cansancio	<input type="checkbox"/> Sentimiento de culpa
<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Impulsividad	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Cambios en libido
<input type="checkbox"/> Falta de interés	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados	<input type="checkbox"/> Actividades riesgosas
<input type="checkbox"/> Irregularidad del sueño	<input type="checkbox"/> Desconfianza	<input type="checkbox"/> Pensamiento/intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Otro:

Historial Médico

Alergias:	_____
¿Está tomando algún medicamento?	_____
Diagnósticos, tratamientos de salud mental, u hospitalizaciones anteriores:	_____
Médico / Terapeuta anterior:	_____
Medicamentos que ha tomado anteriormente:	_____
Fechas en las que se atendió:	_____
Enfermedades:	_____
Cirugías:	_____
Uso de drogas:	_____

Historial Familiar

¿Usted fue adoptado(a)? _____ ¿A qué edad? _____

¿Cómo es la relación con su madre? _____

¿Cómo es la relación con su padre? _____

Hermanos(as) y sus edades: _____

¿Sus padres están casados? _____

¿Sus padres se divorciaron? _____ Si se divorciaron, ¿qué edad tenía? _____

¿Sus padres se volvieron a casar? _____ Si se volvieron a casar, ¿qué edad tenía? _____

¿Quién lo/la crió? _____ ¿Dónde creció? _____

Enfermedades en la familia: _____

Enfermedades mentales en la familia: _____

Uso de drogas en la familia: _____

¿Ha fallecido recientemente algún familiar cercano? _____ ¿Quién? _____

¿Algún familiar se ha suicidado? _____ ¿Quién? _____

¿Ha sufrido abandono? ¿Por quién? _____

¿Ha sufrido abuso? ¿Por quién? _____

Nivel de educación: _____

Lugar y fecha donde recibió educación: _____

¿Ha cumplido con el servicio militar? _____ ¿Dónde? _____

Situación Actual

Trabajo: Tiempo completo Medio tiempo Estudiante Desempleado/a Discapacitado/a Retirado/a

¿Está casado/a? _____ Fecha en que se casó: _____

¿Está divorciado/a? _____ Fecha de divorcio: _____

¿Tiene matrimonios anteriores? _____ ¿Cuántos? _____

Otra información que quiera compartir con la terapeuta:

CONTACTO DE EMERGENCIA

¿Es dependiente de alguien? _____	Nombre del tutor: _____
Número del tutor: _____	Celular: _____
Estado civil: _____	Cónyuge: _____
Trabajo de cónyuge: _____	Número del trabajo: _____
Contacto de emergencia: _____	Relación: _____
Teléfono de casa: _____	Número celular: _____

SEGURO MÉDICO

Persona asegurada: _____	Relación con el paciente: _____
Compañía de seguros: _____	Número de teléfono: _____
Dirección: _____	
Número de póliza: _____	Grupo: _____
¿Tiene doble seguro? _____	Segunda compañía de seguros: _____
Persona asegurada: _____	Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____	Dirección: _____
Número de póliza _____	Grupo: _____
Método de pago: _____	Tarjeta / Número de cheque _____

Confirmando que la información anterior es verdadera a mi entender. Comprendo que al momento de recibir los servicios se me requiere dar el pago, mostrar comprobante de seguro, y/o dar un copago.

Doy mi consentimiento para que este establecimiento cobre por los servicios recibidos a través de mi aseguradora. Corroborando que la información del seguro que proporcioné es verdadera y correcta.

 Firma del paciente

 Fecha