



Cuestionario Estándar de Ingreso: Adulto

QUEJA PRINCIPAL

¿Cuál es su queja principal?: _____

¿Ha sufrido anteriormente de esta misma queja?: _____

Si respondió "Sí", ingrese el(los) terapeuta(s) visto(s) anteriormente por esta queja y describa el tratamiento: _____

Factores que agravan: _____

Factores que alivian: _____

SÍNTOMAS ACTUALES

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Energía excesiva | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Cambios en el sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas de apetito | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés | <input type="checkbox"/> Suspiciosa |
| <input type="checkbox"/> Evitación | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Actividad riesgosa |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Actividad riesgosa | |



HISTORIAL MÉDICO

Frecuencia de ejercicio: _____

Tipo de ejercicio: _____

Alergias: _____

¿Qué medicamentos está usando actualmente?: _____

Diagnósticos previos / tratamiento de salud mental: _____

Tratado previamente por: _____

Medicamentos previos: _____

Fechas de tratamiento: _____

Condiciones médicas previas: _____

Cirugías previas: _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Fue adoptado(a)? Si respondió "Sí", ¿a qué edad?: _____

Hermanos(as) y sus edades: _____

¿Sus padres están casados?: _____

¿Sus padres se divorciaron? _____

Si respondió "Sí", ¿qué edad tenía usted?: _____



¿Sus padres se volvieron a casar? Si respondió "Sí", ¿a qué edad?: _____

¿Quién lo crió? ¿Dónde creció usted? _____

Condiciones médicas de miembros de la familia: _____

Condiciones de salud mental de miembros de la familia: _____

¿Fueron tratados con medicamentos? _____

Medicamentos: _____

SITUACIÓN ACTUAL

Trabajo: _____

¿Está casado(a)? Si respondió "Sí", especifique la fecha del matrimonio: _____

¿Está divorciado(a)? Si respondió "Sí", especifique la fecha del divorcio: _____

¿Tiene hijo(s)? Si respondió "Sí", ¿cómo describiría su relación con su(s) hijo(s)? _____

¿Es miembro de una religión o grupo espiritual?: _____

¿Alguna vez ha sido arrestado(a)? Si respondió "Sí", ¿cuándo y por qué?: _____

¿Ha probado alguna de las siguientes sustancias?

(marque todas las que correspondan)

☐ Alcohol

☐ Alucinógenos (LSD)

☐ Cocaína

☐ Tabaco

☐ Heroína

☐ Estimulantes (pastillas)

☐ Marihuana

☐ Metanfetaminas

☐ Éxtasis (Ecstasy)

☐ Metadona

☐ Tranquilizantes

☐ Analgésicos (Pain Killers)



Si respondió "Sí" a cualquiera de los anteriores, liste la frecuencia y fechas de uso: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de drogas/alcohol? Si respondió "Sí", ¿cuándo?: _____

¿Fuma cigarrillos? Si respondió "Sí", ¿cuántos por día?: _____

¿Bebe bebidas con cafeína? Si respondió "Sí", ¿cuántas por día?: _____

¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados? Si respondió "Sí", ¿cuáles?: _____

¿Alguna vez ha quedado inconsciente debido a un golpe en la cabeza, accidente automovilístico, etc.? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Hay algo más que desee que el doctor sepa?: _____
