



## 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"/> Suspiciosidad       |
| <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?: \_\_\_\_\_

---

---