

Nombre del Paciente :	Apellido del Paciente
Nombre de la persona completando esta forma (si no es el paciente)	
Día completado	Fecha de nacimiento del paciente
Medico de atención primaria	Numero telefonico del doctor primario

**Lista de verificación de síntomas actual (marque todas las columnas correspondientes)**

	Leve	Moderado	Severo		Leve	Moderado	Severo
Agresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Errores de juicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soledad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro de la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en la libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento de oposición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llanto/llorosa/lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adicción cibernética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delirios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fobias/Miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perpetrador de trauma físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Víctima de trauma físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para levantarse de la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pobre concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal aseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distracción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos acelerados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de ánimo elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Automutilación/Autolesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perpetrador de trauma emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adicción sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de trauma emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultades sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energía excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perpetrador de trauma sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Víctima de trauma sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adicción al juego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aislamiento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuchando voces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desesperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inutilidad/Sin valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTORIAL MEDICO**

Medicamentos Acutales

Nombre del medicamento	Dosis diaria total	Fecha estimada de inicio

Describe su salud física actual. :  Buena  Justa  Pobre

Liste cualquier alergia:  
conocida

Hospitalizaciones o cirugías no psiquiátricas pasadas:

¿Haces ejercicio regularmente?  Si  No

**Antecedentes médicos personales y familiares** (¿Usted o un miembro de su familia ha tenido alguno de los siguientes? Si es familiar, especifique qué miembro de la familia)

	Usted	Familiar	¿Quién?		Usted	Familiar	¿Quién?
Alzheimer's/Dementia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lesión craneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Presion alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		VIH positiva o SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas de riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas hepáticos/hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Migrañas o dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de oído/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas endocrinos/hormonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Stroke/Derame Cerebral/Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas urológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad viral/Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas genitales/ginecológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### ANTECEDENTES EMOCIONALES O PSIQUIÁTRICOS

Tratamiento ambulatorio previo  Si  No En caso afirmativo, describa

Razon	Fechas Tratadas	¿Por quién?

### Hospitalización psiquiátrica previa

(para trastornos psiquiátricos, emocionales o de abuso de sustancias)?

Si  No En caso afirmativo, describa

Razon	Fechas Tratadas	¿Dónde?

**Historia familiar** (alguien en su familia ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes)?

	Padre	Madre	Tia	Tio	Hermano	Hermana	Hijos	Abuelos
<b>Depresión</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Ansiedad</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Ataques de pánico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Trastorno bipolar/maniaco depresivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Esquizofrenia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Problemas con el alcohol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Problemas con drogas de abuso</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Deficit de atención</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal

<b>Intentos de suicidio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal
<b>Hospitalización Psiquiátrica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal

**Medicamentos psiquiátricos anteriores** (Si alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos, indique la fecha, la dosis y qué tan útiles fueron)

<b>Antidepresivos</b>	<b>Marque si a tomado</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Dosis?</b>	<b>¿Ayudó?</b>	<b>¿Algún efecto secundario?</b>
Prozac (fluoxetine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zoloft (sertraline)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Luvox (fluvoxamine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Paxil (paroxetine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Celexa (citalopram)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Effexor (venlafaxine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cymbalta (duloxetine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Wellbutrin (bupropion)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Remeron (mirtazapine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Serzone (nefazodone)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anafranil (clomipramine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pamelor (nortriptyline)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tofranil (imipramine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Elavil (amitriptyline)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pristiq (desvenlafaxin)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desyrel (trazadone)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Viiibryd (vilazodone)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Adapin (doxepin)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asendin (amoxapine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ludomil (maprotiline)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Norpramin (desipramine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Surmontil (trimipramine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vivactil (protriptyline)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Antipsicóticos/estabilizadores del estado de ánimo</b>	<b>Marque si a tomado</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Dosis?</b>	<b>¿Ayudó?</b>	<b>¿Algún efecto secundario?</b>
Seroquel (quetiapine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Zyprexa (olanzapine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Geodon (ziprasidone)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Abilify (aripiprazole)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Clozaril (clozapine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Haldol (haloperidol)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prolixin (fluphenazine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Sedantes/Hipnóticos</b>	<b>Marque si a tomado</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Dosis?</b>	<b>¿Ayudó?</b>	<b>¿Algún efecto secundario?</b>
Ambien (zolpidem)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonata (zaleplon)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Restoril (temazepam)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rozerem (ramelteon)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desyrel (trazodone)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Medicamentos ADHD	Marque si a tomado	¿Cuándo?	¿Dosis?	¿Ayudó?	¿Algún efecto secundario?
Adderall (amphetamine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Concerta (methylphenidate)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ritalin (methylphenidate)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Strattera (atomoxetine)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Medicamentos Ansiolíticos	Marque si a tomado	¿Cuándo?	¿Dosis?	¿Ayudó?	¿Algún efecto secundario?
Xanax (alprazolam)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ativan (lorazepam)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Klonopin (clonazepam)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valium (diazepam)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tranxene (clorazepate)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Buspar (buspirone)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros medicamentos (especificar)	Marque si a tomado	¿Cuándo?	¿Dosis?	¿Ayudó?	¿Algún efecto secundario?
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### Historial de abuso de sustancias

#### Estado de consumo de sustancias:

- Ningun historial de abuso
  Abuso activo
  Remisión completa temprana
  Remisión parcial temprana
  Remisión completa sostenida
  Remisión parcial sostenida

#### Historial de tratamiento por abuso de drogas

- Ambulatorio
  Internado
  Programa de 12 pasos.
  Paro por su cuenta
  Otro:

#### Sustancias utilizadas (marque todas las que correspondan)

¿Alguna vez has usado?	Edad (primer uso)	Edad (ultimo uso)	Consumiendo Activamente	Frecuencia	Cantidad
<input type="checkbox"/> Alcohol			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Anfetaminas/Speed			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Barbitúricos			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Cafeína			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Cocaína			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Crack de cocaína			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Ecstasy/MDMA			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD)			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Heroína			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Inhalantes			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Marijuana			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Metadona			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Metanfetamina			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Opioides/Analgesicos			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Nicotina/Tabaco			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> PCP			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Tranquilizantes			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Otro :			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

## Historia Familiar

### Familia de Origen

Presente durante la infancia	Presente durante la infancia	Presente parte de la infancia	Nunca presente	Estado civil actual de los padres	Experiencia familiar de la infancia
Madre Biológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Casados el uno con el otro	<input type="checkbox"/> Excelente ambiente hogareño <input type="checkbox"/> Ambiente hogareño normal <input type="checkbox"/> Ambiente hogareño caótico <input type="checkbox"/> Descuidado <input type="checkbox"/> Testigo de abuso físico/verbal/sexual hacia otros <input type="checkbox"/> Experimentado abuso físico/verbal/sexual de otros  Edad de emancipación del hogar _____
Padre Biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Separados _____ Años	
Madre Adoptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Divorciados _____ Años	
Padre Adoptivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre casada _____ veces	
Madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padre casado _____ veces	
Padrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre involucrada con otra persona	
Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Padre involucrado con otra persona	
Hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre fallecida por _____ Años	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad del paciente al fallecimiento de la madre _____ <input type="checkbox"/> Padre fallecido por _____ Años Edad del paciente al fallecimiento de el padre: _____	

## HISTORIAL DE DESARROLLO

<b>Problemas durante el embarazo de la madre</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Infección de riñón	<input type="checkbox"/> Sarampión alemán <input type="checkbox"/> Estrés emocional <input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/> Consumo de cigarrillos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Nacimiento</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dificultoso	<input type="checkbox"/> Cesarea <input type="checkbox"/> Complicaciones		
<b>Peso de nacimiento</b>	_____ lbs. _____ oz.			
<b>Infancia</b>	<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Problemas de entrenamiento para ir al baño	

### Delayed Development Milestones (check only those milestones that did not occur at an expected age)

- |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sentandose        | <input type="checkbox"/> Rodandose en la cama | <input type="checkbox"/> Parandose               | <input type="checkbox"/> Caminando              | <input type="checkbox"/> Alimentandose a si mismo |
| <input type="checkbox"/> Hablando Palabras | <input type="checkbox"/> Hablando oraciones   | <input type="checkbox"/> Control de Vejiga       | <input type="checkbox"/> Control de intestino   | <input type="checkbox"/> Durmiendo solo           |
| <input type="checkbox"/> Vestirse          | <input type="checkbox"/> Involucrando a otros | <input type="checkbox"/> Tolerando la separación | <input type="checkbox"/> Jugar cooperativamente | <input type="checkbox"/> Montar triciclo          |
| <input type="checkbox"/> Montar Bicicleta  | <input type="checkbox"/> Otro                 |  |   |   |

### Salud Infantil

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela (Edad: )     | <input type="checkbox"/> Sarampión alemán (Edad: )      | <input type="checkbox"/> Sarampión rojo (Edad: )  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática (Edad: ) | <input type="checkbox"/> Tos ferina (Edad: )    |
| <input type="checkbox"/> Scarlet fever (Age: ) | <input type="checkbox"/> Intoxicación de plomo (Edad: ) | <input type="checkbox"/> Paperas (Edad: )         | <input type="checkbox"/> Difteria (Edad: )         | <input type="checkbox"/> Poliomielitis (Edad: ) |
| <input type="checkbox"/> Neumonía (Edad: )     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Edad: )          | <input type="checkbox"/> Retraso mental           | <input type="checkbox"/> Autismo                   | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído    |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Alergias                       | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicamentos: |  |   |

### Problemas emocionales/conductuales

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas        | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol           | <input type="checkbox"/> Miente cronicamente              | <input type="checkbox"/> Robo                | <input type="checkbox"/> Temperamento violento |
| <input type="checkbox"/> Prendiendo Fuegos        | <input type="checkbox"/> Hiperactivo                | <input type="checkbox"/> Crueldad hacia los animales      | <input type="checkbox"/> Agredir a los demás | <input type="checkbox"/> Desobediente          |
| <input type="checkbox"/> Repite palabras de otros | <input type="checkbox"/> No Confiable               | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo hostil / enojado | <input type="checkbox"/> Indeciso            | <input type="checkbox"/> Inmaduro              |
| <input type="checkbox"/> Desconfiado              | <input type="checkbox"/> Amenazas de autolesionarse | <input type="checkbox"/> Frecuentemente llora             | <input type="checkbox"/> Ensueño Frecuentes  | <input type="checkbox"/> Falta de apego        |
| <input type="checkbox"/> Pobre concentración      | <input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado  | <input type="checkbox"/> Autolesionándose                 | <input type="checkbox"/> Impulsivo           | <input type="checkbox"/> Distruido facilmente  |
| <input type="checkbox"/> Oposicional/Desafiante   | <input type="checkbox"/> Tristeza amenuda           | <input type="checkbox"/> Rompe cosas                      | <input type="checkbox"/> Otro :              |  |

### Interacción social

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Interacción social normal | <input type="checkbox"/> Se aísla a si mismo | <input type="checkbox"/> Aliena a si mismo                  | <input type="checkbox"/> Juego sexual inapropiado |
| <input type="checkbox"/> Domina a los demás        | <input type="checkbox"/> Timidez             | <input type="checkbox"/> Asociados con "grupos equivocados" | <input type="checkbox"/> Otro:                    |

### Funcionamiento intelectual/académico

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inteligencia normal | <input type="checkbox"/> Inteligencia superior | <input type="checkbox"/> Problemas De Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Conflictos con la autoridad | <input type="checkbox"/> Problemas de atención |
| <input type="checkbox"/> Rendimiento bajo    | <input type="checkbox"/> Retraso leve          | <input type="checkbox"/> Retraso moderado         | <input type="checkbox"/> Retraso severo              |  |

Nivel actual o más alto de educación:

<b>Situación de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Alojamiento adecuado <input type="checkbox"/> Falta de vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda superpoblada <input type="checkbox"/> Depende de otros para la vivienda. <input type="checkbox"/> Vivienda peligrosa/en deterioro <input type="checkbox"/> Compañeros de vida/cuarto disfuncionales	<b>Sistema de Apoyo Social:</b> <input type="checkbox"/> Red social de apoyo <input type="checkbox"/> Pocos amigos <input type="checkbox"/> La red de apoyo abusa de las sustancias <input type="checkbox"/> Sin amigos <input type="checkbox"/> Lejos de la familia	<b>Situación Económica:</b> <input type="checkbox"/> Sin problemas económicos actuales <input type="checkbox"/> Deuda grande <input type="checkbox"/> Pobreza/Por Debajo de la Línea de Pobreza <input type="checkbox"/> Gastar impulsivamente <input type="checkbox"/> Conflictos relacionales por las finanzas
<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Empleado y satisfecho <input type="checkbox"/> Empleado pero insatisfecho <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Conflictos con compañeros de trabajo <input type="checkbox"/> Conflictos con supervisores <input type="checkbox"/> Historial laboral inestable <input type="checkbox"/> Incapacitado/Minusválido	<b>Antecedentes Jurídicos:</b> <input type="checkbox"/> Sin problemas legales <input type="checkbox"/> Parole/Probatoria <input type="checkbox"/> Arresto(s) No relacionado con sustancias <input type="checkbox"/> Arresto(s) Relacionado con sustancias <input type="checkbox"/> Tratamiento/rehabilitación/hospitalización por orden judicial <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión _____ Vez/Veces Tiempo total servido: _____	<b>Historia Militar:</b> <input type="checkbox"/> Sin historial militar <input type="checkbox"/> Sirvió en el ejército - Sin incidentes <input type="checkbox"/> Sirvió en el ejército - Con incidente <input type="checkbox"/> Sirviendo Activamente <input type="checkbox"/> Descarga honorable: <input type="checkbox"/> Otro tipo de descarga Rama: _____
<b>Historia sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/gay/homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transexual/Transgénero <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Inseguro / cuestionando <input type="checkbox"/> Sexualmente activo/a <input type="checkbox"/> Sexualmente satisfecho/a <input type="checkbox"/> Sexualmente insatisfecho/a <input type="checkbox"/> Primera experiencia sexual (Edad) _____ <input type="checkbox"/> Edad primer embarazo/Paternidad _____ <input type="checkbox"/> Historial de sexo promiscuo _____ A _____ (edad) <input type="checkbox"/> Historia de relaciones sexuales _____ A _____ (edad) sin protección	<b>Historia Cultural/Espiritual/Recreacional:</b> Identidad cultural (etnicidad, religión): _____ Describa cualquier tema cultural que contribuya al problema actual: ¿Está activo actualmente en actividades comunitarias/recreativas? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Estaba activo anteriormente en actividades comunitarias/recreativas? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Tienes pasatiempos? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Participa actualmente en actividades espirituales? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Historia de relación y familia actual:</b> <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Niños que viven en casa <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Niños que viven en otro lugar <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> En una relación		