



SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9th Avenue, Truth or Consequences

Hospital: 575.894.2111 Clínicas: 575.894.3221

NUEVO PACIENTE ADULTO

Salud conductual

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número del Seguro Social: _____ Número de teléfono: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección actual: _____

Idioma principal: _____ Derivación a la justicia penal: ☐ Sí ☐ No

Tutor legal

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Médico de atención primaria

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre de la clínica: _____ Dirección: _____

Derivado por (si corresponde): _____

¿Actualmente está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido arrestado(a) en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su fuente principal de ingresos? _____

¿Cuál es su fuente principal de pago? _____

Antecedentes

¿Ha recibido anteriormente algún tipo de servicio de salud mental (psicoterapia, servicios de psiquiatría, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién fue su terapeuta/profesional anterior? _____

¿Actualmente está tomando algún medicamento recetado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, enumérelos a continuación: _____

Seguridad

¿Ha tenido pensamientos suicidas o de autolesión recientemente (en el último mes)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido pensamientos suicidas? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez intentó suicidarse? ☐ Sí ☐ No

¿Algún familiar directo o miembro de la "familia ampliada" (es decir, tíos, tías, primos, abuelos) o amigo cercano ha intentado suicidarse alguna vez? ☐ Sí ☐ No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, explique:

Antecedentes familiares

Miembros del hogar

Nombre	Edad	Ocupación	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Otros miembros importantes de la familia

Nombre	Edad	Ocupación	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Antecedentes del desarrollo

Salud de la madre durante el embarazo:

Consumo de drogas, alcohol o cigarrillos por parte de los padres durante el embarazo:

☐ Sí ☐ No

Atención prenatal: ☐ Sí ☐ No

Atención postnatal: ☐ Sí ☐ No

¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto?

¿Se observó algún problema de salud en el momento del nacimiento?

¿Tuvo un embarazo a término? ☐ Sí ☐ No

¿Tuvo algo de lo siguiente?

☐ Retraso/anticipación en sentarse ☐ Retraso/anticipación en el habla

☐ Retraso/anticipación en la marcha ☐ Dificultades de coordinación ☐ Enuresis nocturna

☐ Otro:

¿Cómo es su apetito? ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Satisfactorio ☐ Insatisfactorio ☐ Malo

¿Cómo es su sueño? ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Satisfactorio ☐ Insatisfactorio ☐ Malo

¿Cómo son sus amistades? ☐ Muy buenas ☐ Buenas ☐ Satisfactorias ☐ Insatisfactorias ☐ Malas

¿Cómo es su nivel de actividad? ☐ Inactivo ☐ Medio ☐ Hiperactiva

¿Cómo lo(a) educaron cuando era niño(a)?

¿Cómo lo(a) disciplinaban cuando era niño(a)?

Antecedentes médicos personales ☐ Ninguno

✓	Enfermedades/Afecciones	Fecha de diagnóstico
	Alcoholismo/Consumo de drogas	
	Asma	
	Cáncer (tipo: _____)	
	Depresión/Ansiedad	
	Tendencia suicida/Trastorno bipolar	
	Diabetes	
	EPOC	
	Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, soplo cardíaco, ritmo cardíaco anormal)	
	Hipertensión arterial	
	Colesterol alto	
	Enfermedad renal	
	Cálculos renales	
	Enfermedad tiroidea	
	Migraña/dolor de cabeza	
	Accidente cerebrovascular	
	Anemia	
	Problemas estomacales (úlceras, acidez estomacal, etc.)	
	Enfermedad hepática	
	Convulsiones/epilepsia	
	Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa	
	Problemas hemorrágicos	
	Problemas de próstata	

Antecedentes psiquiátricos familiares: ☐ Ninguno ☐ Desconocido

Marque todas las opciones que correspondan.	Consumo de alcohol o drogas	Ansiedad	Depresión	Violencia doméstica	Trastornos alimentarios	Obesidad	Trastorno obsesivo-compulsivo	Esquizofrenia	Intentos de suicidio	Otro: _____
Madre										
Padre										
Hermano										
Hermana										
Hijo(a)										
Abuela materna										
Abuelo materno										
Abuela paterna										
Abuelo paterno										

Antecedentes sociales

Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado	
Empleador/Escuela:	Años de educación/Título más alto:
¿Le gusta trabajar o ir a la escuela?	

¿Hay algo estresante en su trabajo o escuela?	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <div style="text-align: center;">En caso afirmativo, cuántos: _____</div>	
¿Viven con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Consume tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Vapeo <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar </div>	
<u>Responda si es USUARIO(A) ACTUAL</u> ¿Cuántos al día? _____ ¿Cuántos años? _____ ¿Está interesado(a) en dejar de fumar? _____	<u>Responda si es ANTIGUO(A) USUARIO(A)</u> Fecha de abandono: _____ ¿Cuántos al día? _____ ¿Cuántos años? _____
¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día? _____</div>	
¿Consume alguna sustancia recreativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es sexualmente activo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Método anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Píldora <input type="checkbox"/> Parche <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Anillo <input type="checkbox"/> Nexplanon <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Depo Provera </div>	
¿Hace ejercicio con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ </div>	

Preocupaciones relacionadas con el comportamiento/los hábitos

(marque todas las que correspondan):

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rabietas | <input type="checkbox"/> Hurto | <input type="checkbox"/> Miedos |
| <input type="checkbox"/> Desobediencia | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de motricidad fina | <input type="checkbox"/> Capacidad de atención | <input type="checkbox"/> Alimentación |
| <input type="checkbox"/> Se frustra con facilidad | <input type="checkbox"/> Conciencia del peligro / Problemas de seguridad | <input type="checkbox"/> Lenguaje/habla |
| <input type="checkbox"/> Torpeza | <input type="checkbox"/> Control de la motricidad gruesa | <input type="checkbox"/> Interrumpe a los adultos |
| <input type="checkbox"/> Sueño | <input type="checkbox"/> Problemas de apego | <input type="checkbox"/> Autoestima |

- ☐ Inquieto/hiperactivo
- ☐ Lastima a los animales
- ☐ Agresión

- ☐ Memoria
- ☐ Peleas
- ☐ Propensión a accidentes

- ☐ Disruptivo en la escuela
- ☐ Falta de empatía

Otros proveedores/especialistas ☐ Ninguno

Proveedores/Centro	Especialidad	Número de teléfono

¿Cuáles son, en su opinión o en la de otras personas, sus puntos fuertes? _____

¿Cuáles son, en su opinión o en la de otras personas, sus puntos débiles? _____

¿Qué desea lograr durante las sesiones de terapia? _____
