



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, tíos, 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

<input checked="" type="checkbox"/>	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 (úlcera, 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: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

¿Tiene hijos? Sí No
En caso afirmativo, cuántos: _____

¿Viven con usted? Sí No

¿Consume tabaco? Sí No
 Cigarrillos Cigarros Vapeo Tabaco de mascar

Responda si es USUARIO(A) ACTUAL

¿Cuántos al día? _____

¿Cuántos años? _____

¿Está interesado(a) en dejar de fumar? _____

Responda si es ANTIGUO(A) USUARIO(A)

Fecha de abandono: _____

¿Cuántos al día? _____

¿Cuántos años? _____

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día? _____

¿Consume alguna sustancia recreativa? Sí No

¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? Sí No

¿Es sexualmente activo(a)? Sí No

Método anticonceptivo: Ninguno Condón Píldora Parche
 Anillo Nexplanon DIU Depo Provera

¿Hace ejercicio con regularidad? Sí No

¿Cuánto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

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? _____
