

Historial preliminar para pacientes nuevos

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____

Fecha de hoy: _____

Médico personal: _____

Nombre

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono

Historial médico

Alergias a medicamentos: _____

Último examen: _____

Último EKG: _____

Cirugías: _____

Problemas de tiroides: Sí No

Problemas hormonales: Sí No

Enfermedades médicas: Describa: _____

Medicamento: Nombre: _____ mg _____

Instrucciones: _____

Nombre: _____ mg _____

Instrucciones: _____

Nombre: _____ mg _____

Instrucciones: _____

Historial actual

Motivo de la cita _____

Ayuda previa _____

¿Pérdidas en los últimos dos años? (fallecimientos, relaciones, trabajo, etc.) _____

Sistemas de apoyo actuales (familia, amigos) _____

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____

Historial social

Esposo(a)/hijos (nombres, edades) _____

Describe los estresantes (qué lo altera/pone nervioso)

Trabajo (describe qué hace) _____

Actividades recreativas

Consumo de alcohol/drogas/tratamiento

Historial familiar

Adopciones (familia inmediata) _____

Historial de enfermedades nerviosas-emocionales/abuso de sustancias _____

Síntomas actuales

Sueño:

- Sin cambios
- Demasiado
- No puedo dormir
- Despierto muy pronto
- Pánico por la noche
- Mañanas cansadas

Apetito:

- Mayor
- Disminuido
- Cambio de peso
- Atracones
- Vómitos
- Antojos dulces

Concentración:

- OK
- Memoria disminuida
- Malas decisiones
- Menor período de atención

Energía:

- Baja
- Alta
- Normal

Ansiedad:

- Ocasional
- Constante
- Pánico
- Irritable
- Me siento culpable
- Pensamientos obsesivos

Interés:

- Aislamiento social
- Poco deseo sexual
- Descuido de pasatiempos
- Pérdida de placer en actividades
- Sin deseo en actividades habituales

Estado de ánimo:

- Estable
- Principalmente disminuido
- Elevado
- Cambia constantemente

Pensamientos suicidas:

- Nunca
- Ocasionalmente
- Frecuentemente

Intentos de suicidio

- Sí
- No
- ¿Cómo? _____