

Bienvenido a Bear River Mental Health Services, Inc. Como parte importante de su cita de evaluación, le pedimos que llene el siguiente paquete de información lo más completo posible. La realización de este paquete será de gran ayuda para su terapeuta para familiarizarse con su historia. Esto ayudará a su terapeuta desarrollar un plan de tratamiento y se centran más en la comprensión de sus preocupaciones principales. Esta información se mantiene confidencial, excepto en los casos legales especiales. Nadie fuera del Centro podrá ver sus registros sin su permiso por escrito. Si tiene alguna pregunta o duda, póngase en contacto con nuestro personal de coordinación de servicios en el lugar apropiado.

Cache and Rich Counties: 435-752-0750

Brigham City: 435-734-9449

Tremonton area: 435-257-2168

MATERIAL CONFIDENCIAL

NO SERA PUBLICADO SIN PERMISO ESCRITO

ADULTO HISTORIA PERSONAL

Nombre _____ Fecha _____

Nombre Preferido _____ Pronombre preferido _____

PROBLEMAS PRESENTADOS

Por favor liste los problemas o dificultades para los que usted está buscando ayuda, comenzando con el problema más grave.

1. _____
Califique la gravedad del problema #1 ___ligero ___ moderado ___grave Duración del problema _____

2. _____
Califique la gravedad del problema #2 ___ligero ___ moderado ___grave Duración del problema _____

Que soluciones a intentado para corregir el problema más grave? _____

Que espera lograr obteniendo servicios aquí? _____

Cuáles son los factores de estrés/dificultades en su vida?

- ___ Salud física ___ Donde vive ___ Comunicación con los demás ___ Seguridad
___ Pasando el tiempo ___ Finanzas ___ Hábitos de comer/beber ___ Resolviendo problemas
___ Familia ___ Abuso de alcohol/drogas ___ Tiempo libre ___ Obteniendo ayuda
___ Amigos ___ Vida sexual ___ Ser productivo ___ Subsistir
___ Reglas/comportamiento ___ Limpieza ___ Autocuidado ___ Vestido/apariencia
___ otro, por favor liste _____

SINTOMAS PRESENTES Y PASADOS Por favor de calificar a si mismo en los siguientes síntomas:

Table with 6 columns: Symptom, Nunca, Casi nunca (ed. 1 dia a la semana), Un poco del tiempo (ed. 2-3 dias), La mayoría del tiempo (ed. 4-5 dias), Casi todo el tiempo (ed. 6-7 dias). Rows include: Problemas con el apetito, Problemas para dormir, Aumento o perdida de peso, Perdido interés en cosas, Problemas de concentración, Sentirse culpable, Bajo autoestima, Desesperación.

	Nunca	Casi nunca (ed. 1 día a la semana)	Un poco del tiempo (ed. 2-3 días)	La mayoría del tiempo (ed. 4-5 días)	Casi todo el tiempo (ed. 6-7 días)
Pensamientos de suicidio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explosiva furia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ansiedad y estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambio de modo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oye voces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesadillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
otro, por favor liste _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Duración de sus síntomas (meses consecutivos): ___ 0-1meses ___ 2-5meses ___ 6-12meses ___ 12+meses ___ 2 anos+

ABUSO DE SUSTANCIAS O ALCHOL O DROGAS

Usted bebe alcohol? ___ Nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Casi diario

En caso que si, ¿qué es lo que normalmente bebe? _____

¿Usted ahora (o en el pasado) a usado tabaco o nicotina? ___ Si ___ No En caso que si, por favor explique:_____

En actualidad, usted usa cualquier substancia ilegal? ___ Nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Casi diario

En caso que si, ¿qué tipo? _____

¿Toma algún medicamento que no están recetados a **usted**?

___ Nunca ___ Pocas veces ___ Algunas veces ___ Casi diario

En caso que si, que tipo? _____

¿Alguna vez se a tomado medicamentos recetados con más frecuencia de lo que están recetados? ___ No ___ Si

En caso que si, explique:_____

¿Usted ha utilizado drogas en el pasado? Que tipo y cuando?_____

A sido el consume de alcohol o drogas un problema en su vida? ___ No ___ Si En caso que si, cuando? _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento formal para el abuso de sustancias ilegales?

Cuando y donde? _____

Que substancia fue el centro del tratamiento? _____

El tratamiento fue en hospital/residencial ___ paciente externo ___ or los dos ___?

Alguna vez ha participado en un grupo de doce pasos? (AA, NA, etc.) ___ No ___ Si

HISTORIA DE INFANCIA, FAMILIA Y DESARROLLO

Donde nació y se crió? _____

Hubo algún problema con su nacimiento o en el desarrollo en su infancia—ie. Atrasado para caminar o hablar, enfermedades significativas de la infancia, problemas del aprendizaje? _____

Nombre del padre _____ Ocupación _____
 Divorciado ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____ Fallecido ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____
 Como describiría a su padre? _____

Nombre de la madre _____ Ocupación _____
 Divorciada ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____ Fallecida ___ No ___ Si No En caso afirmativo, fecha _____
 Como describiría a su madre? _____

Nombre del padrastro _____ Ocupación _____
 Divorciado ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____ Fallecido ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____
 Como describiría a su padrastro? _____

Nombre de la madrastra _____ Ocupación _____
 Divorciada ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____ Fallecida ___ No ___ Si En caso afirmativo, fecha _____
 Como describiría a su madrastra? _____

Haga una lista de sus hermanos y hermanas, de mayor a menor, incluyéndose a usted, y muestre si su relación con cada hermano o hermana ha sido negativa o positiva con el signo (+) para positiva o con el signo (-) para negativa.

Relaciones de Hermanos				
Hermano o Hermana	Edad	Sexo	Relación Creciendo	Relación Ahora
			+ -	+ -
			+ -	+ -
			+ -	+ -
			+ -	+ -
			+ -	+ -
			+ -	+ -

Cuales son los recuerdos mas agradables de su juventud? _____

Cuales son las cosas mas tristes por las que paso cuando creciendo? _____

Por favor liste cualquier separación que usted tuvo de sus padres/o cuidadores que puede haber experimentado como niño/nina (ed. Colocado (a) en orfanato, movido de un miembro de familia a otro miembro de la familia, el encarcelamiento de sus padres, la muerte de uno de sus padres, etc.) _____

Hubo algun problema en su familia durante su infancia en relacion con respect a lo siguientes?
 Cheque si alguno aplica: disciplina _____ comunicación _____ demostrando amor _____

Explique: _____

RELACIONES MATRIMONIALES

(Un compañero de vida se define como alguien que está en una relación comprometida)

Martimorios/Relaciones			
	Primero	Segundo	Tercero
Nombre de esposo (a) u compañero			
Acupacion de la pareja			
Su edad al momento del martimonio			
Edad de la pareja en el momento del matrimonio			
Duracion del matrimonio en años			
Numero de hijos por matrimonio			
Si el matrimonio ha terminado, ¿fue por muerte o divorcio?			
Año de la muerte o el divorcio			

En general, ¿cómo describiría su relación actual con su esposo(a) o pareja?

___ Excelente ___ Bueno ___ Mediano ___ Razonable ___ Mediocre

Describe las fortalezas de su pareja actual. _____

Describe las debilidades. _____

¿Hay problemas en su relación actual? (especifique) _____

Haga una lista de sus hijos(a), de mayor a menor, y muestre si su relación con ellos ha sido negativa o positiva con el signo (+) para positiva o con el signo (-) para negativa.

Relación con los Niños					
Hijo(a)	Edad	Sexo	Relaciones Creciendo	Relaciones Ahora Mismo	Vive en hogar
			+ -	+ -	___ Si ___ No
			+ -	+ -	___ Si ___ No
			+ -	+ -	___ Si ___ No
			+ -	+ -	___ Si ___ No
			+ -	+ -	___ Si ___ No
			+ -	+ -	___ Si ___ No

Describe cualquier preocupación específica que tenga en la crianza de sus hijos: _____

Describe cualquier preocupación que tenga de su familia: _____

¿Cuál es su situación actual de residencia?

_____ Rentando _____ Viviendo en su casa propia

Viviendo con familia Viviendo con amigos
 Otro (especifique) _____

¿Diría que su situación de residencia se mantendrá estable durante los próximos 3-6 meses? _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en el condado en el que se reside? _____

¿Dónde vivió previamente? _____ Longitud de tiempo que vivió allí? _____

¿Cuáles son sus intereses, pasatiempos o actividades cuando tiene tiempo libre? _____

¿Con qué frecuencia hace actividades sociales fuera del trabajo o la escuela con otros adultos? Cheque el mejor que aplique:

Raramente 1 vez por mes 2-3 veces al mes 1 vez a la semana 2 veces a la semana o mas

Tiene familiares o amigos cercanos en los que puede confiar? Si No

Quien? _____

¿Cuántos amigos íntimos tiene ahora? _____

¿Qué diría usted que son sus mayores fortalezas o habilidades personales? _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su médico personal _____

Fecha de su último examen físico _____

Especialista (s) que usted tiene _____

Indique todos los medicamentos que ha tomado con regularidad, ya sea en el pasado o presente.

Enumerar los medicamentos tomados regularmente, pasado o presente					
Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que prescribió el medicamento	Fecha Iniciada	Fecha de Discontinuación

¿Es alérgico a algún medicamento, alimento, o inhalantes? No Si

En caso afirmativo, haga una lista _____

Liste sus operaciones (incluyendo fechas - a su mejor recuerdo) _____

Por favor marque si usted o un miembro de familia ha tenido alguno de los siguientes:

Condición	Usted, en los últimos 3 meses	Usted, mas de 3 meses	Miembro de la Familia
Graves dolores de cabeza			
Convulsiones o ataquez			
Asma			
Colitis			
Alta presión			

Problemas del corazón			
Cancer			
Diabetes			
Hipoglucemia			
úlceras			
Tensión premenstrual			
Problemas de tiroides			

¿Tiene otros problema médicos actuales? _____

¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza, donde perdió el conocimiento? ___ No ___ Si

En caso afirmativo, por favor describa la circunstancia: _____

¿Usted sufre de dolor crónico? ___ No ___ Si ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? _____

¿Donde es el sitio de su dolor? _____

ABUSO / HISTORIA DE TRAUMA

¿Alguna vez sufrió maltrato en su niñez? ___ No ___ Si

Abuso emocional ___ No ___ Si En caso afirmativo, por quién? _____

Abuso físico ___ No ___ Si En caso afirmativo, por quién? _____

Abuso sexual ___ No ___ Si Miembro de la familia ___ No ___ Si ___incierto

¿Alguna vez has sido víctima de abuso en su vida de adulto? ___ No ___ Si

En caso afirmativo, físicamente ___ emocionalmente ___ sexualmente ___

Explique: _____

Alguna vez ha sido involucrado en cualquier otro tipo de incidentes traumáticos como Trauma Medico, desastres naturales, Trauma de los refugiados, Terrorismo, Víctima de un Delito, o Estrés Traumático ___ No ___ Si

Explique: _____

INFORMACION CULTURAL / ETNICA

Por favor liste (describa) cualquier información sobre usted, su vida, o su familia que es única para usted que sería útil para su terapeuta de tener en cuenta (ejemplo: puntos de vista religiosos o creencias, herencia familiar, tradiciones familiares, creencias culturales):

HISTORIA EDUCACIONAL

¿Tuvo algún problema de comportamiento o atención en la escuela? ___ Si ___ No

¿Hay historia en la familia de los mismos problemas? Si es así, ¿quién? _____

¿Alguna vez participó en las clases de recursos? ___ Si ___ No En caso afirmativo, en qué áreas has tenido dificultades?

_____ Lectura _____ Matematicas _____ Escritura _____ Ciencia _____ Ciencias Sociales

Cual es su nivel más alto de educación? **Por favor circular:** Secundaria 9, 10, 11, 12,
 Escuela Vocacional o de tecnología 1, 2, 3 Universidad 1, 2, 3, 4, Escuela de posgrado 1,2, 3, 4, 5
 Licencias, certificaciones, licencias vocacionales _____
 Área principal de estudio en la universidad o escuela vocacional _____

HISTORIA DE TRABAJO

¿Actualmente se considera capaz de trabajar? _____ Si no es el caso, qué situación o condición le impide hacerlo? _____
 ¿Cuántos puestos de trabajo han tenido en los últimos cinco años? _____
 ¿Cual es su trabajo actual? (Por favor indique si es ama de casa o estudiante) _____
 ¿Cuánto tiempo ha trabajado en su empleo actual? _____
 ¿Cómo calificaría su trabajo actual? ___Excelente ___Bueno ___Medio ___Razonable ___Malo

HISTORIA DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

¿Ha sido tratado u hospitalizado por problemas mentales o emocionales en el pasado? ___No ___Si
 En caso afirmativo, describa abajo:

<u>Donde</u>	<u>Cuando</u>	<u>Condicion/Diagnostico tratado</u>	<u>Doctor/ Terapista</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Alguien más en su familia tiene historial de enfermedad mental? ___No ___Si
 En caso afirmativo, por favor explique: _____

SEGURIDAD PERSONAL

¿Alguna vez ha pensado en el suicidio?
 ___Nunca
 ___Si, He deseado estar muerto o no despertar.
 ___Si, He tenido pensamientos de matarme, pero nunca hice un plan.
 ___Si, Sí, he pensado en un plan.
 ___Si, me siento suicida ahora
 ___Si, he intentado suicidarme en el pasado. Por favor, describa cómo y cuándo: _____

¿Ha tenido pensamientos de hacerle daño a otras personas recientemente? ___ No ___ Si
 ¿Tiene historial de agredir a otros? ___ No ___ Si En caso afirmativo, por favor explique: _____

Alguna vez ha sido arrestado o acusado de un crimen? ___ No ___ Si En caso afirmativo, por favor explique:

¿Ha servido tiempo en la cárcel? ___ No ___ Si ¿Ha servido tiempo en la prision? ___ No ___ Si
 Se encuentra actualmente en libertad condicional? ___ No ___ Si agente de libertad condicional _____

Firma del client

Fecha