



ValleyMentalHealth

Evaluación Psicosocial del Adulto

Por favor responda a estas preguntas lo más ampliamente posible antes de su primera visita. Respondiendo este cuestionario usted tiene más tiempo disponible para hablar de sus inquietudes de tratamiento con su terapeuta. Toda la información será confidencial. Si no tiene suficiente espacio para cualquiera de las preguntas use la parte posterior de la página.

¿Cuál es el problema principal para el cual usted espera conseguir ayuda?

¿Cuánto le molesta este problema? Marque un número.

|-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-----|

Nada un poco Bastante Muchísimo no Podía Ser Peor

¿Cuándo comenzó esto?

¿Ha cambiado su apetito, peso, o su hábito de comer desde que comenzó este problema?

Sí No Si es así, ¿cómo?

¿Ha cambiado su manera de dormir desde que comenzó este problema?

Sí No Si es así, ¿cómo?

¿Ha cambiado su energía o interés en sus actividades usuales desde que comenzó este problema?

Sí No Si es así, ¿cómo?

¿Ha acudido a algún terapeuta para tratar este problema?

Sí No ¿Quién es? ¿Desde cuándo?

¿Ha tomado usted alguna medicina para este problema?

Sí No

De ser así, por favor ponga en una lista las medicinas que usted recuerde:

¿Causó cualquiera de estas medicinas efectos negativos?

¿Le ayudó cualquiera de estas medicinas, al menos algo?

¿Qué más ha tratado usted para mejorar este problema?

¿Hasta qué punto interfiere este problema con sus actividades habituales?

¿Hay otros problemas por los cuales usted espera conseguir ayuda?

¿Qué resultados espera obtener con esta ayuda?

¿Cómo piensa que cambiaría su vida al verse recuperado?

Nombre del paciente _____

Fecha _____

~VMH~

ValleyMentalHealth

Si su familia es una parte importante en su recuperación, ¿qué esperanzas tienen ellos en usted?

¿Ha tenido usted antes un problema similar? Sí No

¿Ha tenido usted antes una clase de problema mental o emocional? Sí No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una enfermedad psiquiátrica? Sí No
¿Dónde? ¿Cuándo?

¿Alguna vez ha tratado de suicidarse? Sí No

En el pasado año, ¿ha tenido 2 o más semanas en las que se ha sentido triste, depresivo o ha perdido el interés por cosas que le hacían sentirse bien?

Durante los pasados seis meses, ¿ha dejado de trabajar o participar en eventos o actividades debido a su condición mental?

¿Ha habido momentos cuando su estado de ánimo a cambiado de estar contento a deprimirse completamente? Sí No

¿Ha habido momentos en los que otras personas han considerado que usted actuó de forma negligente, tonta o arriesgada? Sí No

¿Ha visto u oído alguna vez cosas que otros no han podido ver o escuchar ?

¿Toma cafeína (café, té, cola) a diario? Sí No Si es así, ¿cuánto?

¿Fuma ? (Tabaco) Sí No

¿Fuma marihuana? Sí No Si es así, ¿con qué frecuencia?

¿Bebe usted bebidas alcohólicas? Sí No Si es así, ¿con qué frecuencia?

¿Alguna vez ha bebido más de lo debido para su bienestar? Sí No

¿Alguna vez ha sido detenido por DUII o DWI? (manejando bajo la influencia de drogas o bebidas alcohólicas) Sí No Si es así, ¿cuántas veces?

¿Tiene un doctor, consejero o un miembro de familia que alguna vez le aconsejaron que usted bebiera menos o dejara de beber?

Sí No

¿Está Usted ahora tomando o ha tomado alguna vez drogas ilícitas (drogas de la calle)?

Sí No Si es así, ¿qué clase y cuando?

¿Alguna vez el uso de drogas interfirió de algún modo con el resto de su vida?

~VMH~

ValleyMentalHealth

Sí No Si es así, ¿cuándo?

¿Ha pensado alguna vez en dejar de beber o tomar drogas? Sí No

¿Alguna vez la gente le ha criticado por su abuso a la bebida o drogas? Sí No

¿Se ha sentido alguna vez culpable por beber o tomar drogas? Sí No

¿Ha tomado o toma alcohol o drogas nada más comenzar el día para calmar sus nervios o empezar la jornada?
Sí No

¿Piensa usted que tiene un problema con el consumo de alcohol, medicación o drogas ilícitas? Sí No

Si usted piensa que tiene un problema, ¿piensa en hacer algo para solucionar el problema? Sí No

Si usted tiene un problema con el uso, abuso o dependencia del alcohol, medicación o drogas ilegales, ¿está usted actualmente tratando de recuperarse de este problema? Sí No

Si usted ha tomado alcohol, medicación o drogas ilegales en el pasado y ahora está recuperado de su adicción, ¿qué hace para no recaer ?

¿Quién es su médico de familia?

¿Esta usted bajo el régimen de algún medico de medicina alternativa con regularidad (homeópata, quiropráctico, naturópata, herborista, etc.), quién y desde cuando?

¿Qué hace para cuidarse de sí mismo ?

Dígame un ejemplo de lo que suele comer durante el día:

¿Alguna vez deja de comer durante el día? Sí No Si sí, ¿por qué?

¿Alguna vez ha sido sometido a una cirugía? Sí No ¿Qué clase y cuando?

¿Anteriormente ha tenido algún problema serio médico que ahora ha sido resuelto? Sí No Si es así, ¿qué?

¿Padece usted alguna alergia? Sí No Si es así, ¿qué es?

¿Toma usted actualmente alguna medicina para otro problema que el de su enfermedad psiquiátrica? Asegúrese de incluir todas las medicinas que usted toma con regularidad, y cualquier herbario o remedios homeopáticos que usted toma con regularidad.



Valley Mental Health

1.	Nombre	Cantidad	Razón	4.	Nombre	Cantidad	Razón
2.				5.			
3.				6.			

¿Padece actualmente cualquiera de las siguientes enfermedades?

Hipertensión	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paro cardíaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Prolapso de la Válvula Mitral	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfisema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza por migraña	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problema de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlceras	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problema de hígado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome premenstrual	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Herida en la cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desmayo o momentos de pérdida de la memoria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Períodos de memoria perdida	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Actualmente tiene usted problemas de salud que no se encuentran la lista anterior? Sí No Si es así, ¿cuales son?

¿Ha notado usted algún cambio reciente en su estado físico general? Sí No Si es así, ¿cual es?

¿Ha estado en contacto con algo que lo ponga en riesgo de infección del virus de inmunodeficiencia adquirido (virus de SIDA)? Sí No

Si usted es mujer: ¿Qué forma del anticonceptivo usa usted?

¿Cuántas veces ha estado embarazada ? ¿Cuántos bebés ha dado a luz?

¿Sufrió usted problemas psicológicos durante sus embarazos o después del parto con su menstruación? Sí No

¿Dónde nació? ¿Dónde creció? ¿Cómo fue su infancia?

Describe la situación financiera cuando vivía con sus padres (rico, pobre, clase media, no sabe...)

¿Se mudó mucho de casa durante su infancia?
Sí No Si es sí, ¿por qué?



ValleyMentalHealth

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

¿Acude a la escuela ahora? Sí No Si es sí, ¿Cuál es su meta?

¿Pertenece usted o su familia a una específica etnia o grupo?

¿Cuáles han sido las celebraciones que festejaban en su casa durante su infancia?

Si usted pertenece o atiende a servicios religiosos, ¿cuáles son?

¿Cuál es su ocupación? ¿Dónde trabaja?

Si está desempleado, ¿cuánto tiempo lleva usted sin trabajar?

Si está retirado, ¿cuánto tiempo lleva usted retirado?

Usted vive en:

- Casa de su propiedad
- Casa rentada
- Apartamento rentado
- Con miembros familiares
- Con amigos
- En la calle
- Otro _____

¿Está usted casado? Sí No

¿Si usted está casado, cuál es la ocupación de su cónyuge y el lugar de empleo?

Por favor ponga a continuación cada una de las personas que viven en la misma casa o apartamento con usted, sus edades, y la relación a usted:

	Nombre	Edad	Relación
1.			
2.			
3.			
4.			

Si usted tiene niños que no viven con usted por favor dé sus nombres, edad, y lugar de residencia.

¿Si usted ha estado casado anteriormente, cómo y cuando se terminaron sus matrimonios?

¿Alguna vez ha servido usted en las fuerzas armadas? Sí No Si es así, ¿cuándo?
¿Que tipo de baja tuvo?

¿Alguna vez ha sido detenido o ha estado ante la corte por alguna acción ilegal, ya sea criminal o civil? (Incluso divorcio y acciones de custodia, pero sin contar infracciones menores de trafico.) Sí No

Por favor proporcione la siguiente información de su familia:

Padre Biológico: ¿Ocupación? ¿Su edad o edad a su muerte? ¿Problemas mentales o emocionales? Sí No ¿Problema con la bebida o abuso de substancia? Sí No

Madre Biológica: ¿Ocupación? ¿Su edad o edad a su muerte? ¿Problemas mentales o emocionales? Sí No ¿Problema con la bebida o abuso de substancia? Sí No

Padre adoptivo, o padrastro (si alguno): ¿Ocupación? ¿Su edad o edad a su muerte? ¿Problemas mentales o emocionales? Sí No ¿Problema con la bebida o abuso de substancia? Sí No

Madre adoptiva o madrastra (si alguna): ¿Ocupación? ¿Su edad o edad a su muerte? ¿Problemas mentales o emocionales? Sí No ¿Problema con la bebida o abuso de substancia? Sí No

Por favor ponga los nombres y años de sus hermanos y hermanas:

Algunos de sus familiares han experimentado:

¿Síntomas como el suyo? Sí No

¿Depresión seria o intentos de suicidio? Sí No

¿Están viendo a un psiquiatra, consejero u otro profesional de salud mental? Sí No

¿Abuso de alcohol o drogas? Sí No

¿Hay cualquier otro problema físico o mental que “sea habitual en la familia” que no ha sido ya preguntado? Sí No

¿Ha experimentado alguna situación de miedo, horror o que le haya entristecido en el pasado mes que:

-ha tenido pesadillas sobre ello? Sí No

-ha intentado no pensar en ello incluso cuando hay situaciones que le recuerdan a ello? Sí No

-se pone constantemente en guardia o al acecho? Sí No

-se siente alejado de otros, de actividades, etc? Sí No

¿Cuántos amigos puede decir que tiene?

¿Qué hace para divertirse en su tiempo libre?

¿Hace vacaciones? ¿Qué hace?

~VMH~

ValleyMentalHealth

Pertenece a algún grupo, club, equipo?

Enumere dos sueños que tenga en su vida:

1.

2.