



Enrichment & Counseling Center Adult Intake

Form # BH 41 eng
Form Date: 08/18/20

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Identidad de género: _____ Orientación sexual: _____

Problema Actual

Describir sus dificultades actuales: _____

Cuando fue primer notado el problema? _____

Como vino este problema a su atención? _____

Quien ha tratado de ayudar con este problema? familia escuela profesionales amigos nadie

Que se ha hecho para ayudar al problema? _____

Que evaluación o tratamiento ha recibido el paciente para el problema actual o problemas similares?

Quién proporcionó el tratamiento y cuando fue? _____

Que parece ayudar al problema? _____

Que parece empeorar el problema? _____

Datos Familiares

Estado de la relación:

Soltero(a) Unión de hecho Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Re-casado(a)

Individuos en casa	Edad	Relación

Idomia(s) principales hablados en casa: _____

Estado Médico e Historial

Está tomando algún medicamento en este momento? No Si

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Prescrito y supervisado por: _____ Empezado: _____

Para el tratamiento de: _____

Síntomas físicos: Indique cualquiera que haya experimentado en el ultimo mes

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Tics/movimiento involuntarios | <input type="checkbox"/> Náusea/Dolor de estómago |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Sensaciones de asfixia |
| <input type="checkbox"/> Tensión muscular | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Falta de aliento |
| <input type="checkbox"/> Problemas sexuales | <input type="checkbox"/> Desvanecimiento | <input type="checkbox"/> Temblor |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva | |

Indique cualquier enfermedad o condición medica que el paciente haya tenido alguna vez:

Enfermedada/Condición	Edad
Enfermedad Seria	
cirugías	
hospitalizaciones	
lesion craneal	
dolor de cabeza frecuente	

Enfermedada/Condición	Edad
Problemas visuales	
problemas al escuchar	
alergias	
problemas de memoria	
dificultad de concentración	

Enfermedada/Condición	Edad
academic difficulty	
purga/limitar/comer en exceso	
ansiedad	
Estados de cambios de humor serios	
intentos de suicidio	

Historial Medico Familiar

Enfermedada/Condición	Relación
cáncer	
diabetes	
problemas del corazón	
epliepsia	
alcoholismo	
consumo de drogas	
depresión	
nerviosismo	
ansiedad	

Enfermedada/Condición	Relación
problemas psicológicos	
intento de suicidio	
hiperactividad	
problemas de conducta	
problemas de atención	
dificultades de aprendizaje	
problemas de habla	
otro	

Historia Educativa y Laboral

Nivel académico más alto completado: _____ Año: _____

Está empleado actualmente? No Si

Empleo actual: _____ Cuánto tiempo? _____

Historia Social y Conductual

Alguna vez has tenido problemas con la ley?

No Si

Te han abusado verbalmente?

No Si Presunto

Has sido abusado físicamente?

No Si Presunto

Has sido abusado sexualmente?

No Si Presunto

Ha experimentado otro trauma significativo?

No Si Presunto

Fumas o masticas tabaco?

No Si Históricamente

Cuántas bebidas con cafeína tomas al día? _____

Con qué frecuencia hace ejercicio? _____

Satisfacción: Tasa en una escala de 1-10 (de bajo a alto)

Qué tan satisfecho(a) estás con la calidad de tu vida? _____

Qué tan satisfecho(a) está con su vida familiar actual? _____

Qué tan satisfecho(a) está con el apoyo que recibe de su familia y amigos? _____

Es usted capaz de disfrutar de su tiempo de ocio lo suficiente actualmente?

No

Si

Actividades preferidas: _____

Actividades en las que le gustaría participar más de lo que realiza actualmente? _____

Actividades menos favoritas? _____

Cuáles son sus ventajas o fortalezas? _____

Firma del Paciente

Fecha completada