

## HISTORIA PSICOSOCIAL DEL ADULTO

El propósito de este cuestionario es poder comprender las experiencias de su vida. De esa manera, podremos empezar a desarrollar un tratamiento enfocado en sus necesidades específicas. Por favor entregue este cuestionario en su primera cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Circule: M /F

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleo con: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

PROBLEMAS: (Cuáles son las preocupaciones principales?)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Desde cuando tiene estos problemas? (Número de semanas, meses, años)?

---

---

Porqué decidió buscar ayuda ahora?

---

Los problemas son percibidos: \_\_\_\_\_ muy serios \_\_\_\_\_ serios \_\_\_\_\_ ligeramente serios

Qué cambios le gustaría ver?

---

---

---

**FAMILIA**

Estado Civil: Casado/a \_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_  
Matrimonios anteriores: Número \_\_\_\_\_

Marido/Esposa o Pareja: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleo con \_\_\_\_\_

Hijos	Edad	Grado Escolar (si van a la escuela)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_ Historia de Suicidio en la Familia  
Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Historia de Abuso o Negligencia en la Familia  
Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Historia de Problemas Mentales en la Familia  
Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Historia de Problemas Legales en la Familia  
Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Historia de Problemas Médicos en la Familia  
Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Historia de Abuso de Sustancias en la Familia  
Explique: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EDUCACIONAL**

Años de Educación: \_\_\_\_\_

Grado(s) Repetidos: \_\_\_\_\_

Educación Especial: \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Lenguaje \_\_\_\_ Incapacidad Intelectual

\_\_\_\_ Incapacidad de Aprendizaje \_\_\_\_ Disturbado Emocional \_\_\_\_ Autismo \_\_\_\_ Otros

Impedimentos

**Grados K. 6** Notas Average (A. F) \_\_\_\_\_ Buenos Amigos: 1 2 3 4 Más \_\_\_\_\_

Problemas de Comportamiento? \_\_\_\_\_ Problemas Académicos? \_\_\_\_\_

**Grados 7. 9** Notas Average (A. F) \_\_\_\_\_ Buenos Amigos: 1 2 3 4 Más \_\_\_\_\_

Problemas de Comportamiento? \_\_\_\_\_ Problemas Académicos? \_\_\_\_\_

**Grado 9. 12** Notas Average (A. F) \_\_\_\_\_ Buenos Amigos: 1 2 3 4 Más \_\_\_\_\_

Problemas de Comportamiento? \_\_\_\_\_ Problemas Académicos? \_\_\_\_\_

Años de Universidad 1 2 3 4 Título: \_\_\_\_\_ Especialización: \_\_\_\_\_  
 Título(s) Avanzados: \_\_\_\_\_  
 Vocación/Escuela Técnica Área(s) de entrenamiento: \_\_\_\_\_  
 Rama del Servicio Militar: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Rango: \_\_\_\_\_ Baja  
 Honorable: Si No

ASESORAMIENTO Y/O HISTORIA PSIQUIÁTRICA PACIENTE INTERNO/EXTERNO

Nombre de la Facilidad/Consejero/Terapista	Fecha Comienzo/Final	Ayudó? Si/No

HISTORIA MEDICA

Médico Principal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
 Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_  
 Liste cualquier condicion médica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez a sido hospitalizado o operado? (Por favor liste)

\_\_\_\_\_

Diagnósticos Mentales Pasados/Presentes(si es aplicable)

\_\_ADHD/ADD \_\_Depresión \_\_Ansiedad \_\_Bipolar \_\_Abuso de Sustancias \_\_\_\_\_  
 OCD\_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Actualmente le han recetado medicación? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Por favor liste todas las medicinas que está actualmente tomando y las condiciones para las cuales fueron recetadas.

Condición	Medicamento	Dosis	Veces al Día	Doctor que recetó

	Frecuencia de uso	Cantidad
Alcohol		
Cigarros		

Caffeina		
Marijuana		
Abuso de medicinas recetadas		
Otro:		
Otro:		
Otro:		

**RELACIONES** (Valore su relación con cada miembro de la familia. Marque las casillas)

Miembro Familiar	Average	Buena	Pobre
Marido/Esposa			
Padre(s)			
Hermano(s)			
Hermana(s)			
Hijos			

Amigos Cercanos que puedo llamar si tengo una emergencia: Número \_\_\_\_\_ Número de Visitas: Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Anual \_\_\_\_\_

Conocidos: Número \_\_\_\_\_ Número de Visitas: Semanal \_\_\_\_\_ Mensaul \_\_\_\_\_ Anual \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADES**

Intereses (pescar, coser, leer, etc.) \_\_\_\_\_

Número de Actividades por semana \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Actividades con Amigos \_\_\_\_\_

Número de Actividades por Semana \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Actividades en el Trabajo \_\_\_\_\_

Númer de Actividades por Semana \_\_\_\_\_ Por Mes \_\_\_\_\_

Afiliacion con la Iglesia \_\_\_\_\_

Número de veces que atiendo: Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Anual \_\_\_\_\_

**FACTORES DE ESTRES**

Han habido cambios importantes en su vida o en su familia? Por favor describa.

---

Liste factores de estrés que pueda tener:

---

Liste areas de fuerza:

---

Gracias por completar este cuestionario.  
Por favor traiga este cuestionario a su primera cita.