

## Formulario de Salud Conductual

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### PRESENTAR PROBLEMAS Y INQUIETUDES

Describe el problema que le trajo aqui hoy:

\_\_\_\_\_

Cuales son las metas y objetivos que desea de su tratamiento?

\_\_\_\_\_

### **Por favor, compruebe todos los comportamientos y sintomas que considere problematicos:**

Distraccion	Cambio en el apetito	Sospecha/Paranoia
Hiperactividad	Falta de motivacion	Pensamientos acelerados
Impulsividad	Retiro depersonas	Energia excesiva
Aburrimiento	Ansiedad/Preocupacion	Amplios cambios de humor
Mala memoria/Confusion	Ataques de panico	Problemas de sueno
Cambios de humor estacionales	Miedo lejos de casa	Pesadillas
Tristeza/Depresion	Malestar social	Problemas alimentarios
Perdida de placer/Interes	Pensamientos obsesivos	Problemas de juego
Desesperanza	Comportamiento compulsivo	Adiccion de computadora
Pensamientos de muerte	Agresiones/Peleas	Problemas con la pornografia
Comportamientos autolesiones	Argumentos frecuentes	Problemas de crianza
Hechizos de llanto	Irritabilidad/Enojo	Problemas sexuales
Soledad	Pensamientos homicidas	Problemas de relacion
Baja autoestima	Retrocesos	Problemas laborales/Escolares
Culpa/Verguenza	Voces auditivas	Consumo de alcohol/Drogas
Fatiga	Alucinaciones visuales	Recuerdos recurrentes y inquietantes
Otro: _____		

### **Fortalezas, Necesidades, Habilidades, Preferencias y Pasivos**

Describe sus percepciones con respect a sus fortalezas personales, necesidades, habilidades y preferencias a medida que los relaciona con su funcionamiento general en la comunidad. Incluya cualquier responsabilidad en estas areas que deba abordarse en su tratamiento, asi como preferencias para el tratamiento.

Fortalezas: \_\_\_\_\_

Necesidades: \_\_\_\_\_

Habilidades: \_\_\_\_\_

Preferencias: \_\_\_\_\_

Obligaciones: \_\_\_\_\_



## Historia de la familia y el Desarrollo

Problemas de salud mental familiar	Quien
Hiperactividad	
Abusado sexualmente	
Depresion	
Depresion maniaca	
Suicidio	
Ansiedad	
Ataques de panico	
Obsesivo compulsivo	
Ira-Abusivo	
Esquizofrenia	
Trastorno alimenticio	
Abuso de alcohol	
Abuso de drogas	

Esta involucrado en una relacion con un otro significativo?  Si  No

Como percibe la calidad de su relacion con su otro significativo? \_\_\_\_\_

Quienes son sus apoyos? \_\_\_\_\_

Padres legalmente casados o viven juntos	Madre se volvio a casar	Numero de veces: _____
Padres separados temporalmente	Padre se volvio a casar	Numero de veces: _____
Padres divorciados o separados permanentemente		

### Compruebe si ha experimentado alguno de los siguientes tipos de trauma o pérdida:

<input type="checkbox"/>	Abuso emocional	<input type="checkbox"/>	Negligencia	<input type="checkbox"/>	Vivia en una casa de acogida
<input type="checkbox"/>	Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	Violencia en el hogar	<input type="checkbox"/>	Multiples hogares familiares
<input type="checkbox"/>	Abuso fisico	<input type="checkbox"/>	Victima del crimen	<input type="checkbox"/>	Vivienda
<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias de padres	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los padres	<input type="checkbox"/>	Perdida de un ser querido
<input type="checkbox"/>	Embarazo adolescente	<input type="checkbox"/>	Colocado en adopcion	<input type="checkbox"/>	Problemas financieros
<input type="checkbox"/>	Cambios en el clima que afectan la salud mental	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	

Alguna vez ha experimentado o presenciado un evento traumatico?  Si  No

En caso afirmativo, favor de indicar si el evento traumatico fue **experimentado** o **presenciado** y cual fue la fecha del trauma: \_\_\_\_\_

Recibio servicios para abordar problemas de trauma?  Si  No

En caso afirmativo, cuando y donde: \_\_\_\_\_

Ha experimentado violencia domestica o ha habido violencia hacia otras personas de la familia?

Si  No En Caso afirmativo, es actual el abuso?  Si  No

Si respondio que si a cualquiera de los anteriores, describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibí servicios para abordar problemas de violencia doméstica?  Si  No

En caso afirmativo, cuando y donde \_\_\_\_\_

Es usted víctima de abuso o negligencia emocional o psicológica?  Si  No

Si es así, describa: \_\_\_\_\_

Recibió servicios para abordar problemas de abuso emocional o psicológico o negligencia?  Si  No

En caso afirmativo, cuando y donde \_\_\_\_\_

Eres víctima de abuso sexual?  Si  No

En caso afirmativo, describa el tipo de abuso, si se denuncia y, en caso afirmativo, a quién y a la fecha de abuso: \_\_\_\_\_

### **TRATAMIENTO PREVIO DE SALUD MENTAL**

Si	No	Tipo de tratamiento	Cuando	Proveedor/Programa	Motivo del tratamiento	
		Asesoramiento ambulatorio				
		Medicamentos (Salud Mental)				
		Hospitalización psiquiátrica				
		Tratamiento de drogas/alcohol				

### **HISTORIAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Tipo de sustancia	Uso actual (últimos 6 meses)					Uso pasado				
	S	N	Frecuencia	Cantidad	Método de uso	S	N	Frecuencia	Cantidad	Edad <sup>10</sup> Uso
Tabaco										
Cafeína										
Alcohol										
Marihuana										
Cocaína/crack										
Éxtasis										
Heroína										
Inhalantes										
Metanfetaminas										
Analgésicos										
PCP/LSD										
Esteroides										
Tranquilizantes										

Has tenido síntomas de abstinencia al intentar dejar de usar alguna sustancia?

No

Si: Por favor Describa: \_\_\_\_\_

Has tenido problemas con el trabajo, las relaciones, la salud, la ley, etc. debido a su uso de sustancias?

No

Si: Por favor Describa: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION MÉDICA**

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_

Ha experimentado alguna de las siguientes condiciones medicas durante su vida?

<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Jaquecas	<input type="checkbox"/>	Dolores estomacales
<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>	Accidente grave	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza
<input type="checkbox"/>	Mareos/desmayos	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Problemas de visión
<input type="checkbox"/>	Fiebre alta	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	Aborto espontáneo
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	Aborto	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	Otro:

Por favor enumere cualquier problema de salud **ACTUAL**: \_\_\_\_\_.

Medicamentos recetados actuales:

Medicación	Dosificación	Fecha Primera Prescribir	Prescrito por

Medicamentos actuales de venta libre (incluyendo vitaminas, suplementos, remedios a base de hierbas, etc...) \_\_\_\_\_

Alergias y/o reacciones adversas a los medicamentos: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION INTERPERSONAL/SOCIAL/CULTURAL**

Describa su red de apoyo social (marque todos los que correspondan):

<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>	Grupo Comunitario	<input type="checkbox"/>	Estudiantes
<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Vecinos	<input type="checkbox"/>	Co-Trabajadores
<input type="checkbox"/>	Grupo de Apoyo/ Autoayuda	<input type="checkbox"/>	Grupo Religioso	<input type="checkbox"/>	Otro:

A qué grupo cultural o étnico perteneces? \_\_\_\_\_

Si usted está experimentando alguna dificultad debido a problemas culturales o étnicos, por favor describa: \_\_\_\_\_

Cuán importantes son los asuntos espirituales para ustedes?

De nada  Poco  Algo  Mucho

### **Creencias Espirituales**

Afiliaciones religiosas: \_\_\_\_\_  Ninguno

Usted o su familia están activos en actividades religiosas espirituales?  Si  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DIVERSA**

### **Empleo**

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Duración en esta posición: \_\_\_\_\_ Deberes de trabajo: \_\_\_\_\_

Nivel de estrés de esta posición: Bajo: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_ Alto: \_\_\_\_\_

### **Educación**

Está actualmente asistiendo a la escuela?  Sí  No Ultimo grado completado: \_\_\_\_\_

Graduado de la Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> GED	Año: _____
Grado de Asociado	Año: _____	Area de estudio _____
Licenciatura	Año: _____	Area de estudio _____
Postrago	Año: _____	Area de estudio _____

Capacidad de lectura?  Pobre  Quiso  Promedio  Por encima de la media  Excelente

### **Servicio Militar**

Has estado/estás actualmente en el ejército? (Si no, omita el resto de esta sección)

- Rama: \_\_\_\_\_
- Fecha de descarga: \_\_\_\_\_
- Tipo de descarga: \_\_\_\_\_
- Estabas en Combate: \_\_\_\_\_

La información adicional que usted siente es importante para su cuidado.

---

---

### **Legal**

Alguna vez ha sido condenado por un delito menor, arrestos/condenas penales, delitos y otras participaciones del sistema de justicia juvenil/penal?

- Si  No

Por favor

explique \_\_\_\_\_

---

DHS Caso  OJA Caso  JB-Probatoria  Parental  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador del caso: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre de los abogados: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Está involucrado actualmente en algún proceso de divorcio o custodia de niños?

- Si  No

Por favor

explique: \_\_\_\_\_

---

DHS Caso  OJA Caso  JB-Probatoria  Parental  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador del caso: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Nombre de los abogados: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_