



Formulario de Admision de Adultos

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Presentar Problemas E 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 de personas	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/Peleeas	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 e inquietantes
Otro: _____		

Fortalezas, Necesidades, Habilidades, Preferencias y Pasivos

Describe sus percepciones con respecto 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: _____

Actividades de tiempo libre, comunidad e intereses personales

Esta involucrado en actividades de tiempo libre o comunitarias? Si No

En caso afirmativo, describa estos y otros intereses personales:

Sus problemas afectan a algun de los siguientes?

<input type="checkbox"/>	Manejo de tareas cotidianas	<input type="checkbox"/>	Autoestima	<input type="checkbox"/>	Relaciones	<input type="checkbox"/>	Higiene
<input type="checkbox"/>	Trabajo/Escuela	<input type="checkbox"/>	Vivienda	<input type="checkbox"/>	Asuntos legales	<input type="checkbox"/>	Finanzas
<input type="checkbox"/>	Actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	Actividad sexual	<input type="checkbox"/>	Salud	<input type="checkbox"/>	

Alguna vez ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o intentado lastimarse?

- No
- Si: Por favor describa: _____

Alguna ves ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o intentado herir a alguien mas?

- No
- Si: Por favor describa: _____

Ha sido herido fisicamente o amenazado recientemente por otra persona?

- No
- Si: Por favor describa: _____

Historia Familiar Y De Desarrollo

Relacion:	Nombre:	Edad:	Calidad de Relacion	Bueno, Justo o Pobre
Madre				
Padre				
Madrastra				
Padrastra				
Hermanos				
Conyuge/Pareja				
Hijos/Hijas				

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:

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

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: _____

Recibio servicios para abordar problemas de violencia domestica? Si No

En caso afirmativo, cuando y donde _____

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

Si es asi, 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 ¹⁰ 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: _____

Información Médica

Fecha del último examen físico: _____

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

Alergias	Asma	Jaquecas	Dolores estomacales
Dolor crónico	Cirugía	Accidente grave	Lesión en la cabeza
Mareos/desmayos	Meningitis	Convulsiones	Problemas de visión
Fiebre alta	Diabetes	Problemas auditivos	Aborto espontáneo
Enfermedad de transmisión sexual	Aborto	Trastorno del sueño	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: _____

Información Interpersonal/Social/Cultural

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

Familia	Grupo Comunitario	Estudiantes
Amigos	Vecinos	Co-Trabajadores
Grupo de Apoyo/ Autoayuda	Grupo Religioso	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 Último grado completado: _____

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

¿Capacidad de lectura? Pobre Justo 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#: _____