

Nombre de la Persona Adicional: _____

I.D. # _____

Por favor marcar las cajas si usted esta
PRESENTEMENTE experimentando los sintomas abajo.
Por favor ponga una estrella(*) al lado de los que ha experimentado por mucho tiempo.
(9 meses o mas para adultos, 3 meses para niños)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Incomodidad en las multitudes | <input type="checkbox"/> Miedo sin razon |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Mente en blanco | <input type="checkbox"/> temeroso |
| <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Impulso a repetir comportamientos absurdos | <input type="checkbox"/> Evitar lugares porque son aterradoras |
| <input type="checkbox"/> El pensamiento y el lenguaje confundido | <input type="checkbox"/> Sensación de panico | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Despierta durante la noche o mas temprano que de costumbre | <input type="checkbox"/> Perdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> No puede pasar un buen rato | <input type="checkbox"/> No tiene interés en las cosas | <input type="checkbox"/> Lloro con mas frecuencia |
| | <input type="checkbox"/> Esta cansado la mayoría del tiempo | <input type="checkbox"/> Sentimientos de desesperanza |
| | | <input type="checkbox"/> Se siente inutil |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Siente que la culpa es de otros | <input type="checkbox"/> Las otras personas no le dan el reconocimiento que merece | <input type="checkbox"/> Tiene ideas o creencias que los demás |
| <input type="checkbox"/> Siente que la mayoría de la gente no se puede confiar | <input type="checkbox"/> Las otras personas se aprovechan de usted | <input type="checkbox"/> Siente que lo están observando o hablando de usted |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad e algunas partes de su cuerpo | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Sensación de tener un nudo en la garganta |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardiacos rapidos | <input type="checkbox"/> Mareo o desmayos | <input type="checkbox"/> Nauseas o malestar estomacal |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la visión o la audición | <input type="checkbox"/> Falta de apetito | <input type="checkbox"/> Periodos de calor o frio |
| | <input type="checkbox"/> Cambio de sensibilidad en partes de su cuerpo | |
| | <input type="checkbox"/> Temblores | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Experimenta olores extraños | <input type="checkbox"/> Escucha voces que otros no escuchan | <input type="checkbox"/> Siente que algo no esta bien en su mente |
| <input type="checkbox"/> Siente que algo es inusual | <input type="checkbox"/> Tiene experiencias extrañas y peculiares | <input type="checkbox"/> Ve cosas que otros no ven |
| <input type="checkbox"/> Nunca se siente apegado a otra persona | <input type="checkbox"/> Viaja a lugares sin saber como llego allí | |
| <input type="checkbox"/> Tiene pensamientos extraños | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Quiere romper cosas | <input type="checkbox"/> Quiere lastimar a alguien | <input type="checkbox"/> Se siente como si estuviera perdiendo el control de todo |
| <input type="checkbox"/> Inquietud | <input type="checkbox"/> Se irrita con facilidad | <input type="checkbox"/> Se quiere lastimar |
| <input type="checkbox"/> Estallidos de mal genio | <input type="checkbox"/> Pierde control de sus impulsos | |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de "querer acabar con todo" | <input type="checkbox"/> Ha intentado suicidarse | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros | <input type="checkbox"/> Dificultad en el estudio | <input type="checkbox"/> No está feliz con su empleo actual |
| <input type="checkbox"/> No puede encontrar o mantener un empleo | <input type="checkbox"/> Problemas legales | <input type="checkbox"/> Esta tomando alcohol |
| <input type="checkbox"/> Usa drogas | <input type="checkbox"/> Tiene costumbres no deseadas | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad leyendo | | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> No se lleva bien con otras personas | <input type="checkbox"/> Dificultad comunicándose | |
| <input type="checkbox"/> Problemas socializado | <input type="checkbox"/> Preocupado por sexo | |
| <input type="checkbox"/> Las condiciones en su hogar son malas | <input type="checkbox"/> Ha sido abusado | |
| <input type="checkbox"/> Se siente inferior a otras personas | | |

ROSARIO ORTIGAO, M.A.

Nombre De La Persona Adicional: _____ **I.D. #** _____

Previo asesoramiento? Sí No

proveedor _____

Fecha _____

Cuanto tiempo _____

¿Razón por asesoramiento? _____

¿Fue útil? Sí No

¿Por qué? _____

¿Tiene algún problema de salud (incluyendo alergias)? _____

¿Toma medicina? Sí No

En caso afirmativo, indique (dosis / frecuencia / duración)

1. _____ **2.** _____

3. _____ **4.** _____

Última visita al doctor _____

Nombre de Doctor _____

¿razón de visita? _____

Ha estado hospitalizado antes? (fecha y razones) _____

Antecedentes religiosos? _____

¿Se ha sentido alguna vez culpable por beber / drogarse? Sí No

¿Se ha sentido molesto por las personas que critican esto? Sí No

¿Alguna vez ha pensado usted debe parar? Sí No

¿Alguna vez ha tomado más en la mañana para aliviarse de una resaca?