



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

Raza: _____

Etnia: _____

Religión: _____

Idiomas: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Numero de Teléfono: (____) _____ - _____

Correo Electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Problema Actual:

Razón por cual busca ayuda:

Quando empezó el problema o los sintamos: _____

Que contribuyo a el problema o los sintamos:

Que aria de su vida a sido mayormente impactada por el problema:

Alguna vez a recibido ayuda de salud mental: No Si

Si a recibido ayuda:

Nombre del proveedor: _____

Ciudad y Estado: _____

Duración del tratamiento: _____

Razón para el tratamiento: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su doctor primario: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Enumere cualquier problema de salud que tenga actualmente o que le hayan diagnosticado en el pasado:

MEDICAMENTOS

Medicamento	Dosis	Para Cual Condición

Cuantas veces a la semana haces ejercicio: _____ De que tipo: _____

Cuanta cafeína consume diariamente: _____

Describe su consumo de alcohol:

Describe cualquier problemas legales que tenga:

EDUCACION

Grado mas alto completado: _____ Titulo Universitario: _____

País: _____

CARERA/EMPLEO

Ocupación Actual: _____ Titulo: _____

Empleador: _____ Años: _____

ESTADO CIVIL

Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Años: Casado(a) _____ Separado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

Número de hijos: _____

Quien reside en su casa con usted: _____

HISTORIA FAMILIAR

Estado civil de los padres: Casado Separado Divorciado Viudos Fallecidos

Numero de matrimonios anteriores: (Padre) _____ (Madre) _____

Si sus padres están/estuvieron casados, años de matrimonio: _____

Si sus padres se divorciaron, cuantos años tenias cuando se separaron: _____

Como te sentiste acerca de la separacion: _____

Con que padre residiste principalmente: _____

Mantuvo contacto con los dos padres: Si No

Cual fue su relación mas cercana cuando niño(a): _____

Conoce de algún problema psiquiátrico/psicológico en su familia? Describa:

Cuales son algunas de sus fortalezas de carácter:

Cuales son sus limitaciones:

Firma del Cliente

Nombre Impreso

Firma del Representante Legal

Nombre Impreso

Fecha