

PMG Child & Adolescent Psychiatry Clinic
Formulario de admisión de paciente nuevo adolescente
A ser completado por el paciente (12 a 17 años de edad)

Llena lo más completo que puedas. Le proporcionarás información muy importante al psiquiatra que se reunirá contigo. Trae los formularios completados a tu primera cita.

1. ¿Quién tomó la decisión de programar esta cita? _____
2. ¿Qué te dijeron tus padres/cuidadores sobre esta cita? _____

3. ¿Crees que es importante que nos veas? Sí No
 - a. Si respondiste que sí, ¿qué problemas has tenido últimamente? _____

 - b. ¿Qué has hecho para tratar de resolver estos problemas? _____

4. ¿Qué te gustaría que mejorara en tu vida? _____

5. ¿Qué están haciendo tus padres/cuidadores por ti que sea útil? _____

6. ¿Qué podrían hacer tus padres/cuidadores para ser de más ayuda? _____

7. ¿Participas en actividades después de la escuela (deportes, exploradores, teatro, música, etc.)? Sí No
 - a. Si respondes que sí, ¿cuáles son estas actividades y con qué frecuencia participas? _____

8. ¿Cómo te describirían tus amigos? _____
 - a. ¿Estás de acuerdo con la forma en la que te ven tus amigos? Sí No
9. ¿Cómo te ves a ti mismo? _____

10. ¿En qué te destacas? _____

11. ¿Qué está bien en tu vida? _____

12. ¿Estás saliendo con alguien? Sí No
 - a. Si respondes que sí, ¿hace cuánto que tienes esta relación? _____

13. Si pudieras pedir tres deseos que mejoraran tu vida, ¿cuáles serían?

- a. _____
 b. _____
 c. _____

14. ¿Qué te gustaría ser cuando seas adulto? _____

15. ¿Cuánto tiempo dedicas a lo siguiente cada día?

Actividad	Tiempo dedicado	Actividad	Tiempo dedicado
Videojuegos/juegos en computadora		Con amigos	
Tareas escolares		Estar solo	
Redes sociales (p. ej. YouTube, Facebook, Instagram, etc.)		Con la familia	
TV		En el trabajo	

a. ¿Tus padres/cuidadores expresan preocupación por la cantidad de tiempo que dedicas a alguna de las actividades anteriores? Sí No

16. Marca todas las opciones que correspondan:

- En el pasado, usé más de una sustancia química (droga o alcohol) a la misma vez para drogarme
 A veces evito las actividades en familia para poder consumir drogas o alcohol.
 Tengo un grupo de amigos que consumen drogas o alcohol.
 Consumo drogas o alcohol para mejorar mis emociones, como por ejemplo cuando me siento triste o deprimido.

17. Marca todas las sustancias químicas que usas:

Tipo	Con qué frecuencia (veces por día o semana)	Cantidad usada	¿Qué te hace?
<input type="checkbox"/> Alcohol			
<input type="checkbox"/> Tabaco			
<input type="checkbox"/> Cafeína			
<input type="checkbox"/> Marihuana			
<input type="checkbox"/> Otras (éxtasis, metanfetaminas, inhalantes, cocaína, etc.)			
<input type="checkbox"/> Uso no médico de fármacos recetados o de venta libre (Vicodin, Percocet, Ritalin, etc.)			

18. ¿Consideras que tienes un problema con las sustancias químicas? Sí No

19. ¿Cómo sabrías si tienes un problema con ellas? _____

20. ¿Has compartido la información de este paquete con tus padres/cuidadores? Sí No