

Etiqueta del paciente



PHRMH Behavioral Health  
814 13th St. Hood River, OR 98648  
(541) 387-6138 (Teléfono)  
(971) 712-2139 (Fax)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Pronombre de preferencia  Ella/le/la  Él/le/lo  Elle/le  Otro \_\_\_\_\_

¿Para qué problemas está buscando ayuda? \_\_\_\_\_

Me interesa  medicación psiquiátrica  terapia  ambos  
 Ya tengo un terapeuta Nombre del terapeuta actual \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus factores de estrés más importantes? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado recientemente alguno de estos síntomas? 0 = para nada 1 = un poco 2 = algo 3 = bastante 4 = extremadamente											
Sentirse inquieto, agitado	0	1	2	3	4	Sentirse vacío	0	1	2	3	4
Cambios drásticos de humor	0	1	2	3	4	Reacciones emocionales intensas	0	1	2	3	4
Conducta imprudente, impulsiva	0	1	2	3	4	Impulso de lesionarse a sí mismo	0	1	2	3	4
Mucha energía, sin necesidad de dormir	0	1	2	3	4	Pesadillas	0	1	2	3	4
Miedos o pensamientos irracionales	0	1	2	3	4	Siempre "alerta" o "en guardia"	0	1	2	3	4
Pensamientos que le provocan miedo	0	1	2	3	4	Asustarse fácilmente	0	1	2	3	4
Ver cosas que los demás no ven	0	1	2	3	4	Recuerdos de escenas de traumas pasados	0	1	2	3	4
Sentir que podría herir a alguien	0	1	2	3	4	Sensación de "irrealidad"	0	1	2	3	4
Escuchar voces que los demás no pueden oír	0	1	2	3	4	Problema con recuerdos dolorosos	0	1	2	3	4
Sensación de estar siendo observado	0	1	2	3	4	Nunca sentirse cercano o conectado	0	1	2	3	4
Sentir que alguien complota contra usted	0	1	2	3	4	Vómitos	0	1	2	3	4
Los demás pueden leer sus pensamientos	0	1	2	3	4	Sentir vergüenza de mi cuerpo	0	1	2	3	4
Sentir ansiedad y preocupación	0	1	2	3	4	Atracones con la comida	0	1	2	3	4
Miedo a irse de la casa	0	1	2	3	4	Alimentación restringida	0	1	2	3	4
Períodos de terror o pánico	0	1	2	3	4	Purga con laxantes o ejercicio excesivo	0	1	2	3	4
Palpitaciones o corazón acelerado	0	1	2	3	4	Sentir que los demás no son comprensivos	0	1	2	3	4
Verificar y volver a verificar las cosas	0	1	2	3	4	Miedo a ser abandonado por los demás	0	1	2	3	4
Sentir la necesidad de contar cosas	0	1	2	3	4	Patrón de problemas en las relaciones	0	1	2	3	4
Juegos de apuestas	0	1	2	3	4	Sentir que se irrita y se molesta con facilidad	0	1	2	3	4

Etiqueta del paciente



PHRMH Behavioral Health  
814 13th St. Hood River, OR 98648  
(541) 387-6138 (Teléfono)  
(971) 712-2139 (Fax)

**Antecedentes psiquiátricos:** ¿Ha recibido terapia o atención psiquiátrica en el pasado?  Sí  No Si respondió sí, describa:

Por quién Motivo Fecha de tratamiento Dónde

¿Alguna vez estuvo en el departamento de emergencia o fue hospitalizado por motivos psiquiátricos?  Sí  No

Si respondió sí, describa:

Por quién Motivo Fechas de tratamiento Dónde

### Evaluación del riesgo

¿Alguna vez tuvo sentimientos o pensamientos de que no quería vivir?  Sí  No

¿Actualmente siente que no quiere vivir?  Sí  No

¿Alguna vez intentó suicidarse antes?  Sí  No

Si respondió sí, ¿cómo y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene acceso a armas de fuego u otro tipo de armas?  Sí  No

Si responde sí, ¿a cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez atacó a alguien en el pasado?  Sí  No

¿Algún evento actual o anterior de dañarse a sí mismo (cortarse, quemarse, golpearse, etc.)?  Sí  No

Si sucede ahora, ¿qué método y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### Antecedentes de consumo de sustancias

Consume:	No	Sí	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Fecha de la última vez que consumió?	¿El consumo alguna vez fue excesivo o representó un problema?	¿Alguna vez recibió tratamiento?
Alcohol							
Tabaco							
Marihuana							
Cocaína							
Metanfetaminas							
Heroína/Opiáceos							
Otros:							

Etiqueta del paciente



PHRMH Behavioral Health  
814 13th St. Hood River, OR 98648  
(541) 387-6138 (Teléfono)  
(971) 712-2139 (Fax)

**Antecedentes de relaciones** Actualmente está:  Soltero  Casado  En pareja  Divorciado  Viudo

En una relación ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Ocupación de su pareja? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su relación? \_\_\_\_\_

¿Matrimonios anteriores?  Sí  No Si responde que sí, ¿Cuántos y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos?  Sí  No Si responde sí, edad(es) y género(s) \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su relación con sus hijos? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación de vida actual? \_\_\_\_\_

¿A qué otros recursos comunitarios ha accedido que apoyan su salud mental? (p. ej., iglesia, familia, amigos, terapeuta, voluntariado, etc.)  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes de traumas** ¿Ha sobrevivido o ha sido testigo de eventos traumáticos (como guerra, traumatismos médicos, desastres naturales, acoso (bullying), accidentes automovilísticos, o negligencia o maltrato emocional, físico, sexual o verbal?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**Antecedentes ocupacionales** Mayor nivel de educación o título obtenido: \_\_\_\_\_

Actualmente está:  Trabajando  No trabaja por opción  Desempleado  Discapacitado  Jubilado

Ocupación: \_\_\_\_\_ ¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez sirvió en el ejército?  Sí  No En caso afirmativo, ¿en qué rama y cuándo? \_\_\_\_\_

**Legal** ¿Alguna vez lo arrestaron?  Sí  No En caso afirmativo, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Algún cargo distinto a infracciones de tránsito menores?  Sí  No En caso afirmativo, ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Algún problema legal pendiente actualmente?  Sí  No En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

**Identifico mi origen étnico como: (marque todo lo que corresponda)**

Afroamericano/negro

Nativo de Alaska/Nativo americano

Asiático o Indio asiático

Hispano/Latino

Nativo de Hawái/islas del Pacífico

Medio Oriente

Blanco

Prefiero no decir

Otro: \_\_\_\_\_

Etiqueta del



Salud conductual de PHRMH  
814 13th St. Hood River, OR 98648  
(541) 387-6138 (Teléfono)  
(971) 712-2139 (Fax)

**Género:** Marque todo lo que corresponda

- Femenino  Masculino  Transgénero ( *femenino a masculino*  *masculino a femenino*  *otro*)  no binario/no conforme  
 Otro \_\_\_\_\_

**Identidad de orientación sexual**

- Bisexual  Lesbiana  
 Homosexual  Queer  
 Heterosexual  No está seguro  
 Otra (siéntase libre de explicar) \_\_\_\_\_

¿Qué hace como recreación/tiene algún pasatiempo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra meta personal? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunas de sus fortalezas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunos de sus desafíos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lista de verificación de antecedentes psiquiátricos personales y familiares**

	Usted	Familia	Qué familiar(es)
Depresión			
Ansiedad			
Trastorno obsesivo compulsivo			
Estrés postraumático			
Trastorno bipolar			
Esquizofrenia			
Ira/violencia			
Déficit atencional			
Abuso de alcohol			
Abuso de sustancias/drogas			
Demencia			
Suicidio			
Trastorno de la personalidad			
Otro			