

PSYCHOLOGICAL HEALTH - ROANOKE
INFORMACIÓN DE INGRESO

Chart # _____

**POR FAVOR AYÚDENOS A SERLE DE AYUDA Y
COMPLETE CUIDADOSAMENTE ESTE CUESTIONARIO.**

FECHA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

NOMBRE: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ SOBRE NOSOTROS? (FAVOR HACERLE UN CÍRCULO)
SITIO WEB PÁGINAS AMARILLAS ¿REFERENCIA? ¿DE QUIÉN? _____

BREVEMENTE DESCRIBA QUÉ LO TRAJÓ AQUÍ, Y CÓMO SE DESARROLLÓ:

USANDO LA ESCALA AQUÍ DEBAJO, CALCULE LA SEVERIDAD DE SUS SÍNTOMAS
(MARQUE UNO):

LEVEMENTE MODERADAMENTE SEVEROS EXTREMADAMENTE INCAPACITANTES
MOLESTOS SEVEROS SEVEROS

¿CON QUIÉN HA CONSULTADO SOBRE LO DESCRITO ARRIBA Y QUÉ HA TRATADO?
(FAVOR INCLUIR EL/LOS NOMBRE/S DE CONSEJERO/S PREVIO/S)

FORMACIÓN EDUCATIVA

GRADO MÁXIMO DE EDUCACIÓN O PROGRAMA VOCACIONAL: _____

ESCUELA: _____ AÑO COMPLETADO: _____ PROMEDIO: _____

INFORMACIÓN MÉDICA/DE ESTILO DE VIDA

¿ESTATURA? _____ ¿PESO? _____ ¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO EXAMEN? _____

NOMBRE DEL DOCTOR: _____

FAVOR DE ENUMERAR CUALQUIER OPERACIÓN QUIRÚRGICA O PROBLEMAS DE SALUD
SERIOS:

INFORMACIÓN MÉDICA

FAVOR DE ENUMERAR CUALQUIER ACCIDENTE SIGNIFICATIVO: _____

¿ALGUNA VEZ HA RECIBIDO UNA LESIÓN A LA CABEZA? _____

DE HABERLA RECIBIDO, ¿CUÁNDO? _____

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA CONVULSIÓN? _____

DE HABERLA TENIDO, ¿CUÁNDO? _____

FAVOR DE ENUMERAR TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA (INCLUYA LA DOSIS Y LOS EFECTOS ADICIONALES):

ENUMERE CUALQUIER ALERGIA O SENSIBILIDAD A DROGAS/MEDICAMENTOS:

SI USTED TRABAJA CON O TIENE CONTACTO CON QUÍMICOS FAVOR ENUMÉRELOS:

MARQUE LOS HOSPITALES DONDE HA SIDO HOSPITALIZADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O TRATAMIENTO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ROANOKE MEMORIAL HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ST ALBANS PSYCHIATRIC HOSPITAL |
| <input type="checkbox"/> CATAWBA HOSPITAL | <input type="checkbox"/> LEWIS GALE MEDICAL CENTER |
| <input type="checkbox"/> MT. REGIS | <input type="checkbox"/> VIRGINIA BAPTIST HOSPITAL |
| <input type="checkbox"/> UNIVERSITY OF VIRGINIA | <input type="checkbox"/> LIFE CENTER OF GALAX |
| <input type="checkbox"/> OTRO : _____ | |

¿CUÁLES SON SUS HÁBITOS DE EJERCICIO? _____

¿QUÉ HACE PARA RELAJARSE O DIVERTIRSE? _____

DESCRIBA SU USO DEL ALCOHOL, CIGARRILLOS Y DROGAS CALLEJERAS. ¿CUÁNTO? ¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

ESTADO CIVIL: (MARQUE TODAS LAS QUE SE APLIQUEN):

- SOLTERO/A COMPROMETIDO/A GAY CASADO/A
 SEPARADO/A DIVORCIADO/A LESBIANA VIUDO/A
 BISEXUAL TRANSGÉNERO

SUS HIJOS (INCLUYA LAS EDADES): _____

FAVOR ENUMERE TODOS LOS MIEMBROS ACTUALES DE SU HOGAR: _____

FAMILIA DE ORIGEN:

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

Estado/Ciudad/País

LUGAR DONDE CRECIÓ: _____

Estado/Ciudad/País

PADRE VIVO FALLECIDO CAUSA DE MUERTE: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

SU EDAD AL MOMENTO DE SU MUERTE: _____ **SI VIVE, ¿ADÓNDE?** _____

EDAD DEL PADRE: _____ **OCUPACIÓN DEL PADRE:** _____

MADRE VIVA FALLECIDA CAUSA DE MUERTE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

SU EDAD AL MOMENTO DE SU MUERTE: _____ **SI VIVE, ¿DÓNDE?** _____

EDAD DE LA MADRE: _____ **OCUPACIÓN DE LA MADRE:** _____

NOMBRE(S) DE CUALQUIER PADRASTRO/MADRASTRA Y/O GUARDIANES: _____

¿PADRES DIVORCIADOS? _____ **¿SU EDAD CUANDO SE SEPARARON?** _____

HERMANO(S) Y HERMANA(S): (INCLUYA LAS EDADES): _____

¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA SIDO TRATADO PARA PROBLEMAS EMOCIONALES? _____

¿QUIÉN? _____ **DIAGNOSIS :** _____

¿QUIÉN? _____ **DIAGNOSIS:** _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ESTRÉS (ADULTOS)

FAVOR DE MARCAR TODO LO QUE SE APLICA POR EL ÚLTIMO AÑO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MUERTE DEL ESPOSO/A | <input type="checkbox"/> DIVORCIO |
| <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN MATRIMONIAL | <input type="checkbox"/> CONDENA DE CÁRCEL |
| <input type="checkbox"/> HERIDA O ENFERMEDAD PERSONAL | <input type="checkbox"/> MATRIMONIO |
| <input type="checkbox"/> MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO | <input type="checkbox"/> DESPIDO DEL TRABAJO |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE SALUD DE MIEMBRO FAMILIAR | <input type="checkbox"/> JUBILACIÓN |
| <input type="checkbox"/> RECONCILIACIÓN MATRIMONIAL | <input type="checkbox"/> DIFICULTADES SEXUALES |
| <input type="checkbox"/> EMBARAZO Y/O ABORTO | <input type="checkbox"/> ADQUISICIÓN DE NUEVO MIEMBRO FAMILIAR |
| <input type="checkbox"/> AJUSTE DE NEGOCIO/EMPRESA | <input type="checkbox"/> MUERTE DE AMIGO CERCANO |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE ESTADO FINANCIERO | <input type="checkbox"/> CAMBIO EN LA ESCUELA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RESIDENCIA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON EL/LA JEFE |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO A DIFERENTE TIPO DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> PRINCIPIO O FIN DE ESCUELA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO | <input type="checkbox"/> CAMBIO EN RECREACIÓN |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN HORAS/CONDICIONES DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> ESPOSO/A COMIENZA O PARA DE TRABAJAR |
| <input type="checkbox"/> EJECUCIÓN DE HIPOTECA/PRÉSTAMO | <input type="checkbox"/> CAMBIO EN CONDICIONES DE VIDA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN NÚMERO DE PELEAS CON ESPOSO/A | <input type="checkbox"/> CAMBIO EN ACTIVIDADES DE IGLESIA |
| <input type="checkbox"/> HIJO/A SE VA DE LA CASA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON LOS SUEGROS |
| <input type="checkbox"/> INVOLUCRADO/A EN RELACIÓN EXTRAMATRIMONIAL | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE HÁBITOS PERSONALES |
| <input type="checkbox"/> LOGRO PERSONAL DESTACADO | <input type="checkbox"/> CAMBIO EN ACTIVIDADES SOCIALES |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN HÁBITOS DE DORMIR | <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL NÚMERO DE REUNIONES FAMILIARES | <input type="checkbox"/> VIOLACIONES MENORES DE LA LEY |

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ADOLESCENTES

(FAVOR MARCAR TODO LO QUE SE APLICA)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUERTE DE PADRE/MADRE | <input type="checkbox"/> PADRES DIVORCIADOS |
| <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE QUE VIAJA POR SU TRABAJO | <input type="checkbox"/> PADRES SEPARADOS |
| <input type="checkbox"/> MUERTE DE MIEMBRO FAMILIAR CERCANO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD O HERIDA PERSONAL |
| <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE VUELTO/A A CASAR | <input type="checkbox"/> PADRE/MADRE DESPIDIDO/A DEL TRABAJO |
| <input type="checkbox"/> PADRES RECONCILIADOS | <input type="checkbox"/> MADRE VA AL TRABAJO |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE SALUD DE MIEMBRO FAMILIAR | <input type="checkbox"/> MADRE EMBARAZADA |
| <input type="checkbox"/> DIFICULTADES EN ESCUELA | <input type="checkbox"/> AJUSTES EN ESCUELA |
| <input type="checkbox"/> NACIMIENTO DE HERMANO/A | <input type="checkbox"/> COMENZÓ NUEVA ACTIVIDAD |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN CONDICIÓN FINANCIERA DE FAMILIA | <input type="checkbox"/> HERIDA/ENFERMEDAD DE AMIGO/A CERCANO/A |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN NÚMERO DE PELEAS CON HERMANO/A | <input type="checkbox"/> AMENAZADO/A CON VIOLENCIA EN ESCUELA |
| <input type="checkbox"/> ROBO DE EFECTOS PERSONALES | <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE RESPONSABILIDADES |
| <input type="checkbox"/> HERMANO/A MAYOR SE VA DE CASA | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON ABUELOS |
| <input type="checkbox"/> LOGRO PERSONAL DESTACADO | <input type="checkbox"/> MUDANZA A OTRA CIUDAD |
| <input type="checkbox"/> MUDANZA A OTRA PARTE DE LA CIUDAD | <input type="checkbox"/> RECIBIÓ O PERDIÓ MASCOTA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN HÁBITOS PERSONALES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS CON MAESTRO/A |
| <input type="checkbox"/> MUDANZA A CASA NUEVA | <input type="checkbox"/> CAMBIO EN ESCUELA NUEVA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN EL DORMIR | <input type="checkbox"/> VACACIÓN CON LA FAMILIA |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO DE AMIGO(S)/A(S) | <input type="checkbox"/> CAMBIOS DE ALIMENTACIÓN |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO EN EL NÚMERO DE REUNIONES FAMILIARES | <input type="checkbox"/> CAMBIOS EN CANTIDAD DE TELEVISIÓN QUE VE |
| <input type="checkbox"/> CASTIGADO/A POR NO DECIR LA VERDAD | |