

FORMULARIO DE REGISTRO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS – MENOR (0-11)

Favor marcar cualquier síntoma actual o que haya experimentado durante las últimas dos semanas

Nombre del cliente: _____ #ID del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANSIEDAD				
<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Fatiga, cansancio	<input type="checkbox"/> Episodios disociativos	<input type="checkbox"/> Fobia	<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> Perturbaciones del sueño	<input type="checkbox"/> Mala concentración	<input type="checkbox"/> Preocupación excesiva	<input type="checkbox"/> Tensión
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
DELIRIOS				
<input type="checkbox"/> De grandeza		<input type="checkbox"/> Religiosos		<input type="checkbox"/> Somáticos
<input type="checkbox"/> Paranoia		<input type="checkbox"/> Persecución		<input type="checkbox"/> Auto desaprobación
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
PÁNICO				
<input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón		<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho		<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Falta de aliento		<input type="checkbox"/> Náuseas		<input type="checkbox"/> Escalofríos
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
MANÍA				
<input type="checkbox"/> Grandiosidad		<input type="checkbox"/> Habla presurizada		<input type="checkbox"/> Actividad incrementada
<input type="checkbox"/> Euforia		<input type="checkbox"/> Comportamientos de alto riesgo		<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Disminución del sueño		<input type="checkbox"/> Pensamiento acelerado/maníaco		<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
DEPRESIÓN				
<input type="checkbox"/> Cambios en el sueño		<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito		<input type="checkbox"/> Retraso psicomotor
<input type="checkbox"/> Fatiga, cansancio		<input type="checkbox"/> Desesperanza		<input type="checkbox"/> Cambios de peso
<input type="checkbox"/> Ideación suicida		<input type="checkbox"/> Agitación		<input type="checkbox"/> Disminución de la autoestima
<input type="checkbox"/> Se siente triste o decaído casi todos los días		<input type="checkbox"/> No disfruta de las cosas que disfrutaba antes		<input type="checkbox"/> Culpa excesiva
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
COMPORTAMIENTO/IMPULSO				
<input type="checkbox"/> Agresión física		<input type="checkbox"/> Arrancarse el pelo		<input type="checkbox"/> Agresión verbal
<input type="checkbox"/> Gastar en exceso		<input type="checkbox"/> Conducta autolesionante		<input type="checkbox"/> Problemas de apego
<input type="checkbox"/> Conducta agresiva		<input type="checkbox"/> Problemas legales		<input type="checkbox"/> Hostilidad
<input type="checkbox"/> Gestos suicidas		<input type="checkbox"/> Daños a la propiedad		<input type="checkbox"/> Robar/hurtar
<input type="checkbox"/> Enuresis o incontinencia urinaria		<input type="checkbox"/> Desafiante		<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Juego desadaptativo o ludopatía		<input type="checkbox"/> Revoltoso		<input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol
				<input type="checkbox"/> Encopresis o incontinencia fecal
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
ABUSO/TRAUMA				
<input type="checkbox"/> Evitar los estímulos asociados al trauma		<input type="checkbox"/> Hiperactivación		<input type="checkbox"/> Recuerdos retrospectivos
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS				
TRASTORNO ALIMENTICIO				
<input type="checkbox"/> Miedo intenso a ganar peso		<input type="checkbox"/> Ausencia de la menstruación		<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
<input type="checkbox"/> Comer compulsivamente		<input type="checkbox"/> Aumento de peso		<input type="checkbox"/> Abuso de laxantes
				<input type="checkbox"/> Imagen corporal distorsionada
				<input type="checkbox"/> Abuso de diuréticos

<input type="checkbox"/> Comer en exceso compulsivamente	<input type="checkbox"/> Vómito inducido	<input type="checkbox"/> Ayuno	<input type="checkbox"/> Ejercicio excesivo
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS			
APRENDIZAJE/ATENCIÓN			
<input type="checkbox"/> Dificultad para escribir	<input type="checkbox"/> Dificultad para leer	<input type="checkbox"/> Dificultad con las matemáticas	<input type="checkbox"/> Dificultad con la expresión verbal
<input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Falta de atención
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar	<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Dificultad para reconocer las letras	
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS			

INFORMACIÓN MÉDICA

MÉDICO DE CABECERA:	NÚMERO DE TELÉFONO:
DIRECCIÓN:	
FECHA DE SU ÚLTIMA VISITA:	MOTIVO DE LA ÚLTIMA VISITA:
ESTATURA:	PESO:

HISTORIA FAMILIAR: HA SUFRIDO EL CLIENTE O ALGÚN PARIENTE CONSANGUÍNEO DE:

Cáncer					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Suicidio / Intentos de suicidio					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Enfermedad cardíaca / Derrame cerebral					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Ansiedad					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Diabetes					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Problemas de la tiroides					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Paranoia / Psicosis					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Esquizofrenia					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Otra enfermedad hormonal					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Depresión bipolar					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Historia de lesiones en la cabeza					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					

Depresión					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Enfermedad neurológica					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Alcoholismo					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Epilepsia / Convulsiones					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					
Drogadicción					
<input type="checkbox"/> Cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Abuelo/abuela	<input type="checkbox"/> Tía/tío
<input type="checkbox"/> NINGUNO/OTRO					

¿Tiene usted un documento de Voluntad Anticipada (testamento vital/poder legal médico duradero)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Autorizará usted (firmará una divulgación de información) la comunicación con su médico de cabecera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿ESTÁ TOMANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?

<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Suplementos dietéticos	<input type="checkbox"/> Cafeína
<input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre	<input type="checkbox"/> Hierbas o suplementos	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> NINGUNA		

MEDICAMENTOS ACTUALES

<input type="checkbox"/> Abilify	<input type="checkbox"/> Lamictal	<input type="checkbox"/> Zoloft	<input type="checkbox"/> Trazodone
<input type="checkbox"/> Lamotrigine	<input type="checkbox"/> Concerta	<input type="checkbox"/> Seroquel	<input type="checkbox"/> Lithium Carbonate
<input type="checkbox"/> Clonazepam	<input type="checkbox"/> Clozapine	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> NINGUNO			

ALERGIAS ACTUALES NO RELACIONADAS A MEDICAMENTOS (MAQUE LAS QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Picadas de abejas
<input type="checkbox"/> Gramíneas (pastos)	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Nueces	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Gatos
OTRAS ALERGIAS ACTUALES NO RELACIONADAS A MEDICAMENTOS:				
<input type="checkbox"/> NINGUNA				

ALERGIAS ACTUALES A MEDICAMENTOS

<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Morfina	<input type="checkbox"/> Aspirina
<input type="checkbox"/> Lamictal	<input type="checkbox"/> Vicodín	<input type="checkbox"/> Wellbutrin	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno
OTRAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS:			
<input type="checkbox"/> NINGUNA			