

FORMULARIO DE REGISTRO – LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS – JÓVENES (12-17)

Por favor marca cualquier síntoma actual o que hayas experimentado durante las últimas dos semanas

ANSIEDAD			
<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Episodios disociativos	<input type="checkbox"/> Fobia
<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> Perturbaciones del sueño	<input type="checkbox"/> Mala concentración	<input type="checkbox"/> Preocupación excesiva
<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 desaprobarción
<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"/> Sofocos
<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/maniaco	<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		<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 auto estima
<input type="checkbox"/> Te sientes triste y decaído casi todos los días		<input type="checkbox"/> No disfrutas de las cosas que disfrutabas 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"/> Te arrancas el pelo	<input type="checkbox"/> Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Impulsos agresivos
<input type="checkbox"/> Gastos en exceso	<input type="checkbox"/> Conducta autolesionante	<input type="checkbox"/> Problemas de apego	<input type="checkbox"/> Episodios de ira
<input type="checkbox"/> Conducta agresiva	<input type="checkbox"/> Problemas legales	<input type="checkbox"/> Hostilidad	<input type="checkbox"/> Sexualmente agresivo
<input type="checkbox"/> Gestos suicidas	<input type="checkbox"/> Daños a la propiedad	<input type="checkbox"/> Robar/hurtar	<input type="checkbox"/> Piromanía
<input type="checkbox"/> Enuresis o incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Desafiante	<input type="checkbox"/> Impulsividad	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Juegos desadaptativos 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"/> Evitas los estímulos asociados con a los traumas		<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"/> Imagen corporal distorsionada		<input type="checkbox"/> Comer compulsivamente	<input type="checkbox"/> Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Abuso de laxantes		<input type="checkbox"/> Abuso de diuréticos	<input type="checkbox"/> Comer en exceso compulsivamente
<input type="checkbox"/> Vómito inducido		<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			

EVALUACIÓN

¿Has consumido drogas o alcohol hoy?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Consumes sustancias y tienes niños a tu cargo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Estás en un internamiento voluntario debido al consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Tienes antecedentes de consumo de drogas por vía intravenosa?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

EVALUACIÓN CRAFFT

¿Alguna vez has estado en un CARRO conducido por alguien, incluyéndote tú, que estaba drogado/borracho o consumiendo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿OLVIDASTE alguna vez las cosas que hiciste mientras consumías alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez has consumido alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o encajar?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez de han dicho tus FAMILIARES o AMIGOS que debes reducir tu consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Consumes drogas / alcohol a veces cuando estás SOLO?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras consumías drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN MÉDICA

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

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

Cáncer					
<input type="checkbox"/> Clientes	<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 suicidios					
<input type="checkbox"/> Clientes	<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 / Derrame cerebral					
<input type="checkbox"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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					
Historial de lesiones en la cabeza					
<input type="checkbox"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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					
Enfermedades neurológicas					
<input type="checkbox"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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"/> Clientes	<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					

¿Tienes un documento de Voluntad Anticipada (testamento vital/poder legal medico duradero)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Autorizarás (firmarás una divulgación de información) la comunicación con tu médico de cabecera?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿ESTÁ TOMANDO ALGUNO DE LOS 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"/> Otros
<input type="checkbox"/> NINGUNO		

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 (MARQUE LOS 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"/> Vicodin	<input type="checkbox"/> Wellbutrin	<input type="checkbox"/> Ibuprofeno
OTRAS ALERGIAS ACTUALES A MEDICAMENTOS:			
<input type="checkbox"/> NINGUNA			