



## FORMULARIO DE REGISTRO - LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS – ADULTOS (18+)

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

<b>ANSIEDAD</b>				
<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Tensión	<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"/> Episodios disociativos
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD				
<b>DELIRIOS</b>				
<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 DE DELIRIOS				
<b>PÁNICO</b>				
<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 DE PÁNICO				
<b>MANÍA</b>				
<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 DE MANÍA				
<b>DEPRESIÓN</b>				
<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"/> No disfruta de las cosas que solía disfrutar antes		<input type="checkbox"/> Se siente triste o decaído casi todos los días		<input type="checkbox"/> Culpa excesiva
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN				
<b>COMPORTAMIENTO/IMPULSO</b>				
<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 auto-lesionante		<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"/> Impulsos agresivos
				<input type="checkbox"/> Episodios de ira
				<input type="checkbox"/> Sexualmente agresivo
				<input type="checkbox"/> Piromaníaco
				<input type="checkbox"/> Violencia doméstica
				<input type="checkbox"/> Encopresis o incontinencia fecal
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS DE CONDUCTA/IMPULSIVIDAD				
<b>ABUSO/TRAUMA</b>				
<input type="checkbox"/> Evitar los estímulos asociados a los traumas		<input type="checkbox"/> Hiperactivación		<input type="checkbox"/> Recuerdos retrospectivos
<input type="checkbox"/> NO ESTOY EXPERIMENTANDO NINGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS ASOCIADOS AL ABUSO/TRAUMA				
<b>TRASTORNO ALIMENTICIO</b>				
<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 ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTICIOS			
<b>APRENDIZAJE/ ATENCIÓN</b>			
<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 NINGÚN SÍNTOMA RELACIONADO CON EL APRENDIZAJE / LA ATENCIÓN			

### EVALUACIÓN DE SUSTANCIAS

¿Ha consumido drogas o alcohol hoy?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Está usted consumiendo sustancias y tiene niños a su cargo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Está usted en un internamiento involuntario debido al consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted antecedentes de consumo de drogas por vía intravenosa?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

### EVALUACIÓN CAGE

¿Alguna vez ha pensado que debería disminuir su consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber o de consumir drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez le ha molestado que las personas lo critiquen por su forma de beber o de consumir drogas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Se ha tomado alguna vez una copa o ha consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o para quitarse la resaca?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

### 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:

<b>Cáncer</b>					
<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					
<b>Suicidio / Intentos de suicidio</b>					
<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					
<b>Enfermedad cardíaca / Derrame cerebral</b>					
<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					
<b>Ansiedad</b>					
<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					
<b>Diabetes</b>					
<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					
<b>Problemas de la tiroides</b>					
<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					
<b>Paranoia / Psicosis</b>					
<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					
<b>Esquizofrenia</b>					
<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					
<b>Otra enfermedad hormonal</b>					
<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					
<b>Depresión Bipolar</b>					
<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					
<b>Historial de lesiones en la cabeza</b>					
<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					
<b>Depresión</b>					
<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					
<b>Enfermedades neurológicas</b>					
<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					
<b>Alcoholismo</b>					
<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					
<b>Epilepsia / Convulsiones</b>					
<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					
<b>Drogadicción</b>					
<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"/> Otros
<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 (MARQUE LOS QUE CORRESPONDAN)**

<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Latex	<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 ACTUALES A MEDICAMENTOS:			
<input type="checkbox"/> NINGUNA			