

EVALUACIÓN INICIAL
Motivo de la Vista

 ¿Ha sido diagnosticado(a) con algún problema de salud mental en el pasado? Sí ☐ No ☐

Si respondió sí, indique el diagnóstico y la edad:

Edad	Diagnóstico	¿Tratado con medicamentos?	Edad	Diagnóstico	¿Tratado con medicamentos?

 ¿Ha sido hospitalizado(a) por motivos de salud mental? Sí ☐ No ☐

Si respondió sí, indique la fecha aproximada, el centro y el motivo de admisión: _____

Historial Médico

Liste los médicos que consulta y el motivo:

Médico	Motivo de consulta
Proveedor que lo refirió:	
Médico de atención primaria:	

Psicológico

 Historial de estado de ánimo deprimido: Sí ☐ No ☐

Historial de irritabilidad, enojo o violencia

(rabietas, lastima a otros, crueldad con animales, destruye propiedad, etc.)

Patrón de sueño Horas de sueño por día: _____ Tiempo para conciliar el sueño: _____
Normal ☐ Duerme demasiado ☐ Duerme muy poco ☐
 Capacidad de concentración Normal ☐ Dificultad para concentrarse ☐
 Nivel de energía Bajo ☐ Promedio / Normal ☐ Alto ☐

Familia y Relaciones Sociales
Estado civil Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Nunca casado(a) ☐
Living Situation
Solo(a) ☐ Con cónyuge ☐ Con familia ☐ Con pareja ☐ Sin hogar ☐

¿Tiene hijos el paciente?

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Custodia (Sí/No)	Información adicional

EVALUACIÓN INICIAL
Familia y Relaciones Sociales
¿Quién vive en el hogar?

Nombre	Edad	Relación

Nivel de apoyo percibido para el tratamiento (escala 1–5, donde 5 es el mayor apoyo): _____

Persona o sistema principal de apoyo: _____

Ocio y Recreación
¿Cuáles de las siguientes actividades realiza el paciente? (Marque todas las que correspondan)

Actividad	Sí/No	Frecuencia semanal	Actividad	Sí/No	Frecuencia semanal
Pasar tiempo con amigos			Deportes / Ejercicio		
Clases			Deportes / Ejercicio		
Pasar tiempo con familia			Pasatiempos		
Trabajo de medio tiempo			Ver películas / TV		
Salir al centro			Quedarse en casa		
Escuchar música			Salir a bares / clubes		
Ir a casinos			Otro:		

¿Qué limita las actividades de ocio o recreación del paciente?
Historial de Conductas de Autolesión

 ¿Alguna vez se ha lastimado intencionalmente, con o sin pensamientos suicidas? Sí No

 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Sí No

Si respondió sí, ¿cuándo? _____

 ¿Se considera en alto riesgo de intentar suicidio en el futuro cercano? Sí No

 ¿Alguna vez ha tenido pensamientos de suicidio? Sí No

Si respondió sí, ¿cuándo? _____

 ¿Alguna vez ha intentado lastimar a otra persona? Sí No

 ¿Alguna vez ha pensado en lastimar a otra persona? Sí No

 ¿Actualmente tiene alguno de estos pensamientos? Sí No
Nutrición
Estado nutricional: Peso actual _____ Estatura _____ IMC _____
Apetito: Bueno Regular Malo (explique abajo)

_____ Recientemente ha: _____ ganado _____ perdido peso significativo

EVALUACIÓN INICIAL
Uso de Sustancias

Sustancia	Edad de primer uso	Uso semanal actual
Alcohol		
Sedantes (medicamentos para ansiedad o sueño, benzodiacepinas, barbitúricos, etc.)		
Medicamentos para el dolor (opiáceos, analgésicos recetados, heroína)		
Marihuana (incluyendo cannabinoides sintéticos)		
Estimulantes (recetados, metanfetamina, cocaína, etc.)		
Alucinógenos (LSD, PCP, hongos, peyote, DMT, etc.)		
Drogas de club (GHB, ketamina, etc.)		
Inhalantes (pegamento, pintura en aerosol, óxido nitroso, etc.)		
Esteroides		
Cafeína		
Tabaco		
Otros (kratom, ibogaína, etc.)		

¿Alguna vez se ha inyectado drogas? **Sí** **No**

Si respondió sí, ¿cuáles? _____

Droga de preferencia: _____

Consecuencias por uso de drogas o alcohol (marque todas las que correspondan)

Resaca	Sobredosis	Problemas de sueño
Temblores/DTs	Convulsiones	DUI / conducir bajo influencia
Sangrado Gastrointestinal	Agresiones	Atracones de consumo
Enfermedad hepática	Abandono escolar	Problemas de relación
Pérdida de empleo	Homicidio	Pérdidas de memoria / apagones
Encarcelamiento	Arrestos	Otro: _____
Mayor tolerancia (necesita más para sentir efecto)	_____	

Periodo más largo de sobriedad: _____ ¿Hace cuánto tiempo?: _____

Desencadenantes para usar (liste todos los que apliquen): _____

EVALUACIÓN INICIAL

Conductas Adictivas

¿Adicción al juego (apuestas)? Sí No
 Edad en que comenzó: _____ ¿Con qué frecuencia apuesta? _____
 Dinero gastado en el último mes: _____ En los últimos 6 meses: _____

¿Adicción al comportamiento sexual? Sí No
 Si respondió sí, ¿a qué edad comenzó el problema? _____

¿Adicción a internet? Sí No Si respondió sí, ¿a qué edad comenzó el problema? _____

Alimentación problemática o trastorno alimentario (p. ej., comer en exceso, comer muy poco, patrones atípicos)

¿Usted u otras personas han expresado preocupación sobre sus hábitos alimenticios? Sí No
 ¿Ha recibido tratamiento previo por síntomas de trastorno alimentario? _____
¿Ha recibido tratamiento previo por síntomas de trastorno alimentario? Sí No
 Si respondió sí, explique: _____

¿Ejercicio excesivo? Sí No Si respondió sí, ¿a qué edad comenzó el problema? _____
 Tiempo dedicado al ejercicio por semana: _____
 Indique cuáles de las áreas anteriores han causado problemas o conflictos en su vida: _____

Tratamiento Médico y de Salud Mental Anterior

¿Ha sido diagnosticado(a) con problemas de salud mental en el pasado? Sí No
 Si respondió sí, ¿qué diagnóstico recibió? _____

¿A qué edad fue evaluado(a) o tratado(a) por primera vez? _____

¿Ha sido tratado(a) con medicamentos para problemas de salud mental? Sí No

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos para síntomas de salud mental?

Terapia electroconvulsiva (ECT)	Estimulación transcraneal	Psicoterapia
Estimulador del nervio vago	Otro: _____	

¿Ha visto a un terapeuta por síntomas de salud mental? Sí No
 Si respondió sí, indique fecha aproximada y nombre del proveedor: _____

¿Ha sido hospitalizado(a) por motivos de salud mental? Sí No
 Si respondió sí, indique fecha aproximada, centro y motivo de admisión: _____

Alergias

Por favor liste todas las alergias conocidas: _____

EVALUACIÓN INICIAL
Historial Familiar de Salud Mental
¿Hay antecedentes de enfermedad mental en su familia? (Marque todas las que correspondan)

Diagnóstico	Familiar
Depresión	
Bipolaridad	
Ansiedad	
TDAH	
Víctima de abuso físico	
TOC	
Conducta antisocial / arrestos / encarcelamiento	
Problemas de memoria	
Esquizofrenia	
Problemas con sustancias	
Problemas de atención / TDAH	
Víctima de abuso emocional	
Discapacidad intelectual	
Pérdida o muerte de un ser querido	
Síndrome de Tourette / tics	
Escuchar o ver cosas	
Problemas alimentarios	
Víctima de abuso sexual	
Pensamientos o percepciones anormales	
Conducta antisocial / arrestos / encarcelamiento	
Otro:	
Otro:	

*** * * * IMPORTANTE * * * ***

FARMACIA

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

EVALUACIÓN INICIAL
Revisión de Historial Médico

Por favor describa cualquier condición médica que tenga:

Alergias	General	Oído, Nariz y Garganta (ENT)
Nariz que moquea Garganta irritada Ojos con picazón Estornudos Sensación de presión en los oídos Congestión nasal Secreción nasal Picazón en la nariz	Aumento de peso Debilidad Pérdida de apetito Fiebre Lactancia materna	Resfriado Tos Sangrado nasal Pérdida de audición Cambio en la voz Dolor de garganta Zumbido en los oídos Dolor sinusal / dolores de cabeza
Respiratorio	Endocrinología	Cardiología
Dolor en el pecho Tos Sibilancias Falta de aire Congestión en el pecho Disnea Alteraciones del sueño Dificultad para respirar al acostarse	Fatiga Sed excesiva Pérdida de peso Alteraciones del sueño Intolerancia al frío Intolerancia al calor Diabetes Trastorno de la tiroides	Mareo Dolor en el pecho Palpitaciones Frecuencia cardíaca rápida Presión arterial alta Presión arterial baja Edema en las piernas Dolor en las piernas
Gastroenterología	Urología	Neurología
Náuseas Acidez Hemorroides Vómitos Sangre en las heces Diarrea Dolor abdominal Estreñimiento	Infecciones urinarias recurrentes Sangre en la orina Dificultad para orinar Micción frecuente Nicturia Cistitis ulcerativa / intersticial	Dolor de cabeza Convulsiones Insomnio Tics / espasmos Cambios en la memoria Hormigueo / entumecimiento Mareo
Hematología	Psicología	Other
Antecedentes de anemia Ganglios inflamados Moretones fáciles Otro: _____ _____	Depresión Ansiedad Alto nivel de estrés Alteraciones del sueño Pensamientos suicidas Abuso de sustancias Trastorno alimentario Agitación / Irritabilidad	Enfermedad vascular aneurismática o malformación arteriovenosa **Incluyendo la aorta torácica o abdominal, y vasos arteriales intracraneales y periféricos.** Hipersensibilidad a la ketamina o a cualquiera de sus excipientes Hemorragia intracerebral