

CUESTIONARIO PARA PACIENTES ADULTOS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Pronombres que prefiere:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Médico de atención primaria o fuente de la derivación

Nombre: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Motivo de la derivación (¿Qué preguntas o inquietudes tiene?)

Familia

Estado civil: Soltero Casado Pareja doméstica Separado Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge o pareja: _____

Cantidad de hijos: _____ Enumere las edades/sexo de sus hijos: _____

Nombre de la madre, el padre, el cuidador u otra persona que ayuda con la atención médica y de salud (si corresponde y con el consentimiento apropiado): _____

Nombres de los padres: Padre: _____ Educación y ocupación: _____

Madre: _____ Educación y ocupación: _____

Educación del paciente

Título o grado más alto que haya alcanzado: _____ Cant. total de años de escolaridad _____

Nombre de la escuela y especialización: _____

Nombre de la escuela y especialización: _____

Nombre de la escuela y especialización: _____

Antecedentes laborales del paciente:

Ocupación actual: _____ Antigüedad: _____

Ocupación anterior: _____ Antigüedad: _____

Ocupación anterior: _____ Antigüedad: _____

Funciones sensoriales

¿Tiene dificultades con alguno de los siguientes sentidos? Vista Audición Gusto Tacto Olfato Equilibrio

¿Usa anteojos o lentes de contacto para corregir problemas de la vista? _____

¿Usa audífonos? _____

¿Usa algún otro aparato de asistencia? _____

Lateralidad manual Diestro Zurdo Ambidiestro ¿Con qué mano escribe?: _____

¿Hay antecedentes de personas zurdas en su familia? Si indica que sí, ¿quién? _____

Antecedentes médicos (marque todo lo que corresponda)

Hipertensión arterial

Fatiga

Enfermedad cardíaca

Artritis

Cáncer

Diabetes

Esclerosis múltiple

VIH/SIDA

Problemas hormonales

Lupus

Vasculopatía

Problemas respiratorios

Enfermedad tiroidea

Problemas circulatorios

Trastorno autoinmunitario: _____

Otros problemas médicos crónicos _____
¿Alguna vez lo hospitalizaron por un problema médico? Si es así, indique la fecha, el motivo y el hospital _____

¿Le diagnosticaron un síndrome cromosómico o genético? _____

Antecedentes neurológicos (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño | <input type="checkbox"/> Meningitis/otras infecciones del cerebro |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Período de confusión mental | <input type="checkbox"/> Apnea de sueño |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | | |

¿Alguna vez sufrió una herida en la cabeza (traumatismo craneoencefálico) o conmoción cerebral? (accidente automovilístico, deportes, caída, pelea, etc.) _____

Si indica que sí, describa por favor: (1) fecha, (2) edad cuando ocurrió, (3) cómo ocurrió, (4) pérdida del conocimiento y duración, (5) tratamiento u hospitalización y (6) cambios cognitivos o de comportamiento después de la lesión _____

¿Alguna vez se sometió a alguno de los siguientes exámenes neurológicos? Si indica que sí, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados?

Exámenes neurológicos

	<u>Fecha</u>	<u>Resultados</u>
<input type="checkbox"/> EEG	_____	_____
<input type="checkbox"/> TAC	_____	_____
<input type="checkbox"/> PET	_____	_____
<input type="checkbox"/> RM/RM funcional	_____	_____
<input type="checkbox"/> ARM	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____

Medicamentos que toma actualmente

Nombre	Dosis	Motivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicina complementaria o alternativa: (Acupuntura, biorregulación, medicina quiropráctica, hierbas y suplementos, cannabis, CBD, etc.)

Nombre	Dosis (si corresponde)	Motivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes psiquiátricos/de salud mental

¿Alguna vez le diagnosticaron una afección de salud mental? (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno por estrés postraumático, etc.) _____

¿Alguna vez le diagnosticaron un trastorno del desarrollo neurológico? (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autismo, etc.) _____

¿Actualmente recibe asesoramiento o terapia? _____ Si indica que sí, indique el motivo del tratamiento _____

Nombre y centro de atención del terapeuta _____ Duración del tratamiento _____

¿Recibió asesoramiento o terapia en el pasado? _____ Si indica que sí, indique el motivo del tratamiento _____

Nombre y centro de atención del terapeuta _____ Duración del tratamiento _____

¿Alguna vez ingresó a un programa hospitalario intensivo o lo internaron en un hospital psiquiátrico? _____

Hospital/Programa	Duración/Fechas de ingreso	Motivo del ingreso
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Actualmente toma algún medicamento psiquiátrico que no indicó más arriba?

Nombre _____ Dosis _____ Motivo _____

¿Alguna vez sufrió un trauma psicológico importante? (abuso físico, abuso sexual, violencia doméstica, guerra, desastre natural, enfermedad médica grave) _____

Antecedentes de desarrollo

¿Nació usted después de un embarazo a término? Sí No No sé Semanas de gestación: _____

Tipo de parto Vaginal Cesárea Peso al nacer: _____

¿Hubo alguna complicación en el parto? Si indica que sí, especifique cuáles por favor: _____

¿Sabe si tuvo alguno de los siguientes problemas en la segunda infancia? (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla tardía | <input type="checkbox"/> Respuesta motora lenta | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Tartamudeo | <input type="checkbox"/> Problemas de motricidad fina | <input type="checkbox"/> Timidez extrema |
| <input type="checkbox"/> Problemas de articulación | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer amigos |
| <input type="checkbox"/> Otitis crónica | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger |
| <input type="checkbox"/> Enuresis (mojar la cama). Si indica que sí, ¿por cuánto tiempo? | <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Antecedentes escolares

¿Alguna vez estuvo en un programa de educación especial (IEP o 504) o escuela alternativa? _____

Si indica que sí, ¿en qué grado? _____

¿Alguna vez recibió clases de apoyo o clases de ayuda académica individual? _____

Si indica que sí, ¿qué grado(s) y qué materias? _____

¿Alguna vez repitió de grado? _____ Si indica que sí, ¿qué grado(s)? _____

¿Alguna vez repitió una materia? _____ Si indica que sí, ¿qué materia y en qué grado? _____

¿Tuvo dificultades para aprender a leer? NO SÍ _____

¿Tuvo dificultades con la comprensión lectora? NO SÍ _____

¿Tuvo dificultades con la ortografía? NO SÍ _____

¿Tuvo dificultades con las matemáticas? NO SÍ _____

¿Alguna vez le diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje? _____ Si indica que sí, qué tipo: _____

¿Tuvo problemas de conducta o comportamiento en la escuela o en el hogar? _____

¿Tuvo problemas con la ley en la adolescencia? _____ Si indica que sí, por favor especifique _____

Estilo de vida/características psicosociales

¿Vive solo, con amigos, compañeros de apartamento o con su familia? _____

¿Tiene algún pasatiempo o interés especial? _____

¿Hace actividad física? _____ Si indica que sí, describa cuál(es) _____

Otras prácticas espirituales o de cuidados personales que son importantes para usted: Si indica que sí, describa _____

¿Tiene familia o amigos a quienes recurrir cuando necesita ayuda? _____

¿Exposición a sustancias tóxicas en el trabajo o en otro lugar? (p. ej.: monóxido de carbono, plomo, etc.) _____

Consumo de sustancias actual o anterior. Marque todo lo que corresponda:

	Nunca	Actualmente	En el pasado	Cantidad por semana
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cant. de paquetes
Vapeo/cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cant. y frecuencia
Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cant. de botellas
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cant. de copas
Otras bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Marihuana/hachís	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Benzodiacepinas (Valium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Estimulantes (Dexedrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alucinógenos (LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿Antecedentes de alcoholismo? Sí No
 Si indica que sí, ¿cuántos años? _____ Edad _____ ¿Algún desmayo? _____

Síntomas de abstinencia: (es decir, taquicardia, sudación, etc.) _____

¿Tiene o tuvo algún problema relacionado con la bebida, como problemas laborales, familiares, de salud o encarcelación?

¿La bebida sigue siendo un problema? Si no es así, ¿a qué edad finalizó el consumo/abuso? _____

¿Recurrió a algún tratamiento o grupo de apoyo para el alcoholismo? _____ Cantidad de hospitalizaciones _____

Describe el tratamiento/hospitalizaciones/fechas: _____

¿Tiene antecedentes de drogadicción o farmacodependencia? (fármacos recetados y de venta libre) Sí No

Si indica que sí, qué droga(s) o fármaco(s) _____

¿A qué edad comenzó a consumir? _____ ¿Durante cuántos años? _____

¿Tiene o tuvo algún síntoma de abstinencia, como taquicardia, sudación, etc.? _____

¿Consume o consumió drogas por vía intravenosa? Sí No Si indica que sí, ¿alguna vez compartió jeringas?

¿Tiene o tuvo problemas relacionados con la drogadicción? (p. ej., problemas laborales, familiares o de salud) _____

¿Sigue consumiendo drogas? _____ ¿Hizo algún tratamiento para la drogadicción? _____ Cant. de hospitalizaciones _____

Describe el tratamiento/hospitalizaciones/fechas: _____

Antecedentes familiares

¿Hay antecedentes de problemas médicos en su familia? (p. ej.: enfermedad cardíaca, diabetes, artritis, lupus, esclerosis múltiple, enfermedad tiroidea, etc.) Por favor especifique qué pariente (p. ej.: padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, etc.).

¿Hay antecedentes de problemas neurológicos en su familia? (p. ej.: Alzheimer, accidente cerebrovascular, discapacidad intelectual, convulsiones, etc.) Por favor especifique qué pariente (p. ej.: padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, etc.).

¿Hay antecedentes de trastornos psiquiátricos en su familia? (p. ej.: depresión, ansiedad, enfermedad mental, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) Por favor especifique qué pariente (p. ej.: padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, etc.).

¿Hay antecedentes de discapacidades de aprendizaje en su familia? (p. ej.: dislexia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, problemas de aprendizaje, retraso en el desarrollo, etc.) Por favor especifique qué pariente (p. ej.: padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, etc.).

¿Hay antecedentes de alcoholismo y drogadicción en su familia? (p. ej.: alcohol, marihuana, cocaína, heroína, barbitúricos, etc.) Por favor especifique qué pariente (p. ej.: padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, etc.).

Indique todos los profesionales/especialistas a los que consultó en los últimos 5 años sobre las inquietudes que lo traen a esta consulta y/o evaluación: Por favor entregue copias de todos los informes o resultados que tenga.

1. _____

|

- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

**Muchas gracias por proporcionar esta información importante.
Por favor traiga a su cita este cuestionario, todos los informes de evaluaciones y todos los expedientes
escolares/IEP que tenga:**

**MIND Institute- Massie Family Clinic
UC Davis Health
2825 50th Street Sacramento, CA 95817
Tel: 916-703-0300 Fax: 916-703-7941**