

Dra. Vanessa I. Boglio Martínez
Licencia # 2629
(787)-236-8733

HISTORIAL GENERAL DE ADULTOS

INFORME CONFIDENCIAL

Por favor, complete la siguiente información. Sea lo más detallado posible.

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre	
Sexo	
Fecha de Nacimiento	
Fecha del Informe	
Edad Cronológica	
Dirección Postal	
Dirección Residencial	
Teléfonos	
Nombre de la Especialista	
Número de Licencia	
Número del Expediente	

II. MOTIVO DE REFERIDO

Favor de describir la razón o razones por la/s cual/es esta acudiendo a ayuda psicológica. Sea lo más detallado posible.

Referido por _____

III. HISTORIAL FAMILIAR

Composición del núcleo familiar:

Nombre	Relación	Edad	¿Viven juntos?	Ocupación	Interacción

Favor de indicar con una **X** su estatus actual:

- Casado/a ¿Cuánto tiempo? _____
- Divorciado/a ¿Desde cuándo? _____
- Separado/a ¿Desde cuándo? _____
- Soltero/a
- Conviviendo
- Viudo/a

¿Tiene hijos/as? Sí No

¿Cuántos/as? _____

¿Cómo clasificaría la relación con sus hijos/as?

Negativo Positivo
1 2 3 4 5

De tener alguna inquietud o preocupación actual sobre la relación o estatus actual con su pareja favor de especificarlo a continuación:

IV. HISTORIAL ACADÉMICO

	Nombre de la institución	Año en que se graduó	Ejecución
Elemental			
Intermedia			
Superior			
Técnico (especifique)			
Asociado (especifique)			
Bachillerato (especifique)			
Maestría (especifique)			
Doctorado (especifique)			
Otro (especifique)			

Nivel de educación de sus padres

¿Alguna vez tuvo problemas de conducta en su vida académica?

___ Sí ___ No

Especifique _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Ha sido usted diagnosticado con algún problema de aprendizaje?

___ Sí ___ No

Especifique _____ ¿Desde cuándo? _____

Durante sus años académicos, ¿perteneció a algún programa de educación especial? Especifique el programa y grado/s _____

En el caso de que no haya culminado sus estudios a cualquier nivel, favor de indicar la razón o las razones:

V. HISTORIAL LABORAL

Trabajo	Duración	¿Se siente satisfecho/a con la labor realizada o que realiza actualmente?
1.		
2.		
3.		

Teléfono de actual trabajo: _____
¿Cuántos trabajos ha tenido?: _____

VI. HISTORIAL MÉDICO

Condición física	Fecha de inicio (aproximadamente)	Medicamento/s y/o Tratamiento/s
1.		
2.		
3.		

¿Alguna vez ha sido intervenido quirúrgicamente? Especifique tipo de cirugía u operación _____ Año _____
¿Ha sido hospitalizado/a? Duración _____
Otra preocupación sobre su estado físico:

Algún miembro de su familia ha padecido de:

Condición	Sí	No	¿Quién?
VIH/SIDA			
Intentos suicidas/Problemas de salud mental (especifique)			
Enfermedad del Corazón			
Cáncer			
Presión alta			
Problemas de tiroides			

Alergia			
Asma/Fatiga			
Desórdenes Mentales			
Abuso de alcohol/Drogas			
Problemas de Aprendizaje			
Violencia Doméstica			
Otros: _____			

VII. HISTORIAL PSIQUIÁTRICO

Condición psiquiátrica	Fecha de inicio (aproximadamente)	Medicamento/s y/o Tratamiento/s
1.		
2.		
3.		

¿Es la primera vez que acude a ayuda psicológica? ___ Sí ___ No

De haber contestado No, favor de indicar la duración de su pasado tratamiento: _____

Diagnóstico otorgado por especialista anterior: _____

¿Esta usted de acuerdo con dicho diagnóstico?: ___ Sí ___ No Explique

Alguna otra preocupación sobre su estado anímico o mental:

VIII. HISTORIAL DE USO O ABUSO DE SUSTANCIAS

Favor de marcar con una **X** aquella/s droga/s que usted haya ingerido.

___ Alcohol

___ Cigarrillos

___ Marihuana

___ Cocaína

___ "Crack"

___ Heroína

___ Éxtasis

___ Otra/s Especifique: _____

¿Actualmente, ingiere alguna droga ilícita? ___ Sí ___ No

¿Con que frecuencia? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Ha participado de algún programa de desintoxicación? ____ Sí ¿Año? _____
____ No

¿Algún miembro de su familia es adicto o ha ingerido drogas no medicadas? ____ Sí
____ No

¿Quién? _____

IX. HISTORIAL LEGAL

¿Ha tenido algún problema legal? ____ Sí ____ No

Explique: _____

¿Ha sido arrestado/a? ____ Sí ____ No

Explique: _____

¿Ha servido tiempo en alguna institución penal? ____ Sí ____ No

¿Cuánto tiempo? _____

¿Ha participado de algún programa de rehabilitación? (servicio a la comunidad, manejo de coraje, entre otros) ____ Sí ____ No

¿Cuál/es programa/s? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Cree usted que fue efectivo? ____ Sí ____ No

Explique: _____

X. ESTADO MENTAL

Apariencia

- Arreglo y aseo personal

- Descuidado/a
- Exageradamente arreglado/a
- Falta de aseo personal

- Fascie

- Triste
- Alegre
- Inexpresivo/a
- Ansioso/a

- Edad

- Edad aparente acorde con edad cronológica
- Aparenta mayor edad
- Aparenta menor edad

- Peso

- Obeso
- Sobrepeso
- Bajo el peso
- Adecuado

- Actitud

- Adecuada según el contexto / Positiva

- Hostil
- Desconfiado/a

Orientación

- Tiempo
- Lugar/espacio
- Persona
- Desorientación

Consciencia

- Embotamiento (atención fatigable)
- Somnolencia
- Coma
- Adecuado

Atención

- Aproxesia (falta de atención)
- Hipoproxesia (reducción de la capacidad de atención)
- Hiperproxesia (aumento de atención)

Concentración

- Conservada
- Aumentada
- Disminuida

Memoria Inmediata

- Conservada Disminuida

Memoria de Trabajo

- Conservada Disminuida

Memoria Reciente

- Conservada Disminuida

Juicio

- Desviado
- Adecuado

Pensamiento y lenguaje

- Lenguaje

- Taquipsiquia (aumento en velocidad)
- Fuga de ideas
- Bradipsiquia (disminución de velocidad)
- Inhibición

- Pensamiento

- Circunstancial
- Tangencial
- Oposicional
- Concreto
- Perseverativo
- Neologismo
- Disgregado
- Otro/s: _____

Contenido

- Ideas paranoides
- Ideas místico-religiosas
- Ideas de persecución
- Ideas somáticas
- Ideas de control
- Ideas de grandiosidad
- Alucinaciones auditivas
- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones olfativas y gustativas
- Alucinaciones táctiles
- Pseudo alucinaciones
- Otra/s: _____
- Descripción del contenido:

Afectividad

- **Humor**
 - Alegría
 - Ansiedad
 - Tristeza
 - Coraje
 - Culpa
 - Otro/s: _____
- **Expresión**
 - Aplanada
 - Exaltada
 - Inapropiada
 - Disminuido

Psicomotricidad

- Tic
- Temblor
- Manierismos
- Agitación
- Inhibición

Nivel Intelectual (aproximado)

- Promedio Alto
- Promedio Medio
- Promedio Bajo

Apetito

- Aumentado
- Normal
- Disminuido

Ideación suicida / homicida

- ¿Ha intentado hacerse daño a sí mismo/a? ___ Sí ___ No
- ¿Cuántas veces? _____
- Indique la fecha aproximada de la última vez que lo intentó:

- ¿Tenía algún plan estructurado (hora, día, lugar, etc.)?
___ Sí ___ No
- Explique: _____
- ¿Ha intentado hacerle daño a otra/s persona/s? ___ Sí ___ No
- ¿Cuántas veces? _____
- Indique la fecha aproximada de la última vez que lo intentó:

- ¿Tenía algún plan estructurado (hora, día, lugar, etc.)?
___ Sí ___ No
- Explique: _____

Motivación para recibir ayuda psicológica

- Sí
- Neutral
- No

XI. IMPRESIÓN CLÍNICA

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

Nombre de la Especialista/# de Lic.	Firma	Fecha