

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

Salud Física: Favor de completar toda la información posible

\*Describa la salud física del cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*¿El cliente tiene alguna condición médica significativa o relevante o necesidades especiales?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*¿Ha tenido el cliente algunas lesiones incluyendo cirugías, contusiones, lesiones cerebrales, u hospitalizaciones?

Si \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Si respondió que si, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*¿Tiene el cliente un médico de cabecera? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

- Si contesto que no, necesita ayuda encontrando un médico de cabecera? \_\_\_\_\_
- Si contesto que si, cual es el nombre de su doctor? \_\_\_\_\_ numero telefónico \_\_\_\_\_
- Cuando fue su ultima cita con su medico? \_\_\_\_\_ Razon: \_\_\_\_\_
- Le da autorización a SWFGC de compartir información con u medico? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si no, por favor firme aquí: \_\_\_\_\_

*SWFGC requiere su firma para confirmar su decisión en un documento de autorización para revelar y recibir información sobre su salud.*

\*¿Están todas sus vacunas al corriente? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

\*¿Ha tomado algún medicamento el cliente (incluyendo medicamento psiquiátrico, vitaminas, suplementos, y medicamentos sin receta médica)? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Propósito

\*¿Tiene el cliente alguna alergia (comida, ambiental, medicamento)? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

\*¿Existen en la familia condiciones médicas (por ejemplo; asma, diabetes)?

---

---

---

**Historial del Desarrollo (si el cliente es menor de edad)**

\*¿El embarazo con el cliente fue planeado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*¿El embarazo fue de término completo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no, ¿cuantas semanas/meses duro? \_\_\_\_\_

\*¿Problemas durante el embarazo (incluyendo abuso de sustancias, violencia domestica)? Explique:

---

\*¿Existieron complicaciones durante el parto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

\*La madre y el hijo han sido separados después del parto? \_\_\_\_\_

---

\*Otras separaciones de padre/madre e hijo:

---

\*Describa al cliente durante su niñez (alegre, inquieto, tierno) \_\_\_\_\_

---

**DESARROLLO INFANTIL. POR FAVOR INDIQUE: 1=A TIEMPO, 2=TEMPRANO, 3=RETRASADO**

\*Cliente se sentó por primera vez \_\_\_\_\_ Primeros pasos \_\_\_\_\_

\*Cliente dijo su primera palabra \_\_\_\_\_ Alimentaron Solos \_\_\_\_\_

\*Cliente fue al baño por si solo durante el día \_\_\_\_\_ Durante la Noche \_\_\_\_\_

\*Algún historial de problemas de desarrollo: \_\_\_\_\_

---

\*Alguna preocupación de desarrollo actualmente? \_\_\_\_\_

---

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historial Psiquiátrico

\*¿Ha recibido terapia el cliente anteriormente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\* Mencione previos diagnósticos, si los conoce: \_\_\_\_\_

\*¿Actualmente el cliente está recibiendo servicios de terapia en alguna otra agencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si contesto que si, por favor incluya la información del actual consejero: \_\_\_\_\_

\*¿Planea discontinuar los servicios con su consejero actual? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Escriba los servicios de terapia que ha recibido anteriormente:

Fechas	Proveedor	Razón

\*¿Está el cliente actualmente recibiendo los servicios de algún psiquiatra? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió que si, ¿cuál es el nombre del psiquiatra? \_\_\_\_\_

¿Puede SWFGC hablar con su psiquiatra? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*¿Tiene el cliente historial de pensamientos suicidas u homicidas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió que si, por favor, explique:

\_\_\_\_\_

\*¿Alguna vez ha estado el cliente hospitalizado debido a problemas de salud mental? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió que si, por favor explique cuando y donde: \_\_\_\_\_

\*Si el cliente ha recibido servicios de consejería en el pasado, ¿cree usted que el tratamiento fue beneficioso?

Por favor explique: \_\_\_\_\_

\*¿Existe un historial de enfermedad mental en la familia (ansiedad, depresión, ADHD? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió que si, explique quien y que enfermedad: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, he completado esta información con mis mejores conocimientos sobre el cliente previamente mencionado.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

Relación al cliente: \_\_\_\_\_