

**NOMBRE DEL CLIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **ID#:** \_\_\_\_\_

---

**Historial Médico**

*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 ALGUNAS LESIONES INCLUYENDO CIRUGÍAS, CONTUSIONES, LESIONES CEREBRALES, U HOSPITALIZACIONES?**

SI  NO EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**¿TIENE EL CLIENTE UN MÉDICO DE CABECERA?**  SI  NO

**¿SI CONTESTO QUE NO, NECESITA AYUDA ENCONTRANDO UN MÉDICO DE CABECERA?**  SI  NO

**SI CONTESTO QUE SI, NOMBRE DE SU DOCTOR:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**CUANDO FUE SU ÚLTIMA CITA CON SU MÉDICO?** \_\_\_\_\_ **RAZÓN:** \_\_\_\_\_

**¿LE DA AUTORIZACIÓN A SWFGC DE COMPARTIR INFORMACIÓN CON U MÉDICO?**  SI  NO

SI NO, POR FAVOR FIRME AQUÍ: \_\_\_\_\_

*SWFGC requiere su firma para con rmar 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	¿ ACTUALMENTE TOMANDO?

**¿TIENE EL CLIENTE ALGUNA ALERGI (COMIDA, AMBIENTAL, MEDICAMENTO)?**  SI  NO

EXPLIQUE:

# Historial Médico (Pagina 2)

Favor de completar toda la información posible

ID #: \_\_\_\_\_

.....  
**¿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 SUBSTANCIAS, VIOLENCIA DOMESTICA)?**  SI  NO

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**¿EXISTIERON COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?**  SI  NO

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**LA MADRE Y EL HIJO HAN SIDO SEPARADOS DESPUÉS DEL PARTO?**  SI  NO

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**OTRAS SEPARACIONES DE PADRE/MADRE E HIJO:**  SI  NO

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**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

# Historial Médico (Pagina 3)

Favor de completar toda la información posible

ID #: \_\_\_\_\_

.....  
**ALGUNA PREOCUPACIÓN DE DESARROLLO ACTUALMENTE?** \_\_\_\_\_

**¿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?**  SI  NO

QUE SI, INFORMACIÓN DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

**¿PLANEA DESCONTINUAR LOS SERVICIOS CON SU CONSEJERO ACTUAL?**  SI  NO  N/A

**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 ES ASÍ, NOMBRE DEL PSIQUIATRA: \_\_\_\_\_

**¿PUEDE SWFGC HABLAR CON SU PSIQUIATRA?**  SI  NO *(En caso afirmativo, firme una nota de información)*

**¿TIENE EL CLIENTE HISTORIAL DE PENSAMIENTOS SUICIDAS U HOMICIDAS?**  SI  NO

SI ES ASÍ, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**¿ALGUNA VEZ HA ESTADO EL CLIENTE HOSPITALIZADO DEBIDO A PROBLEMAS DE SALUD MENTAL?**  SI  NO

SI ES ASÍ, DÓNDE Y CUÁNDO?: \_\_\_\_\_

**SI EL CLIENTE HA RECIBIDO SERVICIOS DE CONSEJERÍA EN EL PASADO, ¿CREE USTED QUE EL TRATAMIENTO FUE BENEFICIOSO?**

SI  NO EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**¿EXISTE UN HISTORIAL DE ENFERMEDAD MENTAL EN LA FAMILIA (ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ADHD)?**  SI  NO

SI ES ASÍ, ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_

.....  
**YO,** \_\_\_\_\_,

**HE COMPLETADO ESTA INFORMACIÓN CON MIS MEJORES CONOCIMIENTOS SOBRE EL CLIENTE PREVIAMENTE MENCIONADO.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN AL CLIENTE:

\_\_\_\_\_  
FECHA