



Nombre: \_\_\_\_\_

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

## Historial Médico

### Salud Física

Describe 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? \_\_\_\_\_ ¿Le otorga usted permiso a SWFGC para hablar con su médico? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si indico que no, escriba sus iniciales \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita con su médico de cabecera \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Continúa al Reverso

**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)?  
\_\_\_\_\_

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

Explique \_\_\_\_\_

Explique si la madre/hijo fueron separados después del parto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras separaciones de padre/madre e hijo: \_\_\_\_\_

Describe 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 ahora o en el pasado de problemas de desarrollo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha recibido terapia el cliente anteriormente? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el diagnostico anteriormente? \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_ No corresponde \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Escriba los servicios de terapia que recibió anteriormente:

Fechas	Proveedor	Razón

¿Está el cliente actualmente recibiendo 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: \_\_\_\_\_