

**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 CABECERA:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

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

**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	¿ACTUALMENTE TOMANDO?

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

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

**¿EXISTEN EN LA FAMILIA CONDICIONES MÉDICAS (POR EJEMPLO; ASMA, DIABETES)?** \_\_\_\_\_

# Historial Médico (Pagina 2)

Favor de completar toda la información posible

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

## 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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Historia Psiquiátrica Pasada

¿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