



**Cuestionario Sobre la Ingesta de Salud Mental-Versión Adulto**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

¿Qué desafíos o problemas tiene que le llevaron a buscar servicios?

¿Cuáles son sus objetivos y / o expectativas para su atención en Bluebonnet Trails Community Services?

Revise lo siguiente y verifique cualquier síntoma que sufrir de:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido          | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados                 | <input type="checkbox"/> Incapacidad para disfrutar actividades habituales      |
| <input type="checkbox"/> Distracción severa                 | <input type="checkbox"/> Tratar de hacer demasiado               | <input type="checkbox"/> Cambios involuntarios de peso                          |
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo agitado            | <input type="checkbox"/> Pereza                                  | <input type="checkbox"/> Dormiendo demasiado o no lo suficiente                 |
| <input type="checkbox"/> Falta de energía / cansancio       | <input type="checkbox"/> Sentirse culpable o Sin Valor           | <input type="checkbox"/> Ver o oír cosas que otros no ven ni oyen               |
| <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva              | <input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse con otros | <input type="checkbox"/> Miedo intenso a situaciones sociales                   |
| <input type="checkbox"/> Arrebatos de ira                   | <input type="checkbox"/> Incapacidad para relajarse              | <input type="checkbox"/> Intentos de herirse, lastimarse o mutilarse a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                  | <input type="checkbox"/> Demasiado ansioso para salir de casa    | <input type="checkbox"/> Pensamientos repetitivos u obsesivos                   |
| <input type="checkbox"/> Miedos irracionales                | <input type="checkbox"/> Siempre en guardia                      | <input type="checkbox"/> Acciones repetitivas                                   |
| <input type="checkbox"/> Autoestima bajo                    | <input type="checkbox"/> falta o necesidad de dormir             | <input type="checkbox"/> Discurso excesivo o presionado                         |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad                       | <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte o suicidio       | <input type="checkbox"/> Pensamientos o comportamientos violentos               |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para mantenerse sobrio | <input type="checkbox"/> Uso reciente de drogas / alcohol        | <input type="checkbox"/> Trauma   |
| <input type="checkbox"/> Otro:                              |  |   |

Tratamiento pasado de salud del coportamiento¿

Hospitalización psiquiátrica impaciente?       Sí, # de admisiones: \_\_\_\_\_  No

¿Desintoxicación?       Sí, # de admisiones: \_\_\_\_\_  No

¿Tratamiento de rehabilitación?       Sí, # de admisiones: \_\_\_\_\_  No

¿Tratamiento ambulatorio intensivo?       Sí, # de admisiones: \_\_\_\_\_  No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

Tratamiento psiquiátrico o para pacientes ambulatorios actuales o pasados:

¿visitas a la oficina de psiquiatra o enfermero practicante?       Sí       No

Terapia con un psicólogo o consejero?       Sí       No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?

Diagnósticos previos:

Exámenes de la Salud

Nombre del médico de atención primaria:

¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico de atención primaria?

¿Es alérgico o sensible a algún medicamento?  Sí  No

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

Altura:\_' "Peso:\_ Frecuencia de pulso actual:\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Presión arterial (si puede proporcionar): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





Información del seguro de salud (si corresponde):

Nombre del plan de salud: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona asegurada: \_\_\_\_\_

Política #: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

Información adicional que necesitemos saber sobre usted o su situación en este momento: