



Documentos iniciales de Psiquiatria  
[imwellnessmedical@gmail.com](mailto:imwellnessmedical@gmail.com) Enviar al  
correo electronico al completar

Office: 786-701-9908  
Fax: 305-574-9844

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Seguro Medico \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Numero ID del Seguro Medico \_\_\_\_\_  
Telefono mobil \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_  
Farmacia(Nombre/Direccion) \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Referido por: \_\_\_\_\_  
Que lo trae a recibir ayuda/asistencia?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Marque todo lo que corresponda)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                       | <input type="checkbox"/> Colesterol Elevado             |
| <input type="checkbox"/> Asthma                       | <input type="checkbox"/> HIV positivo o SIDA            |
| <input type="checkbox"/> Cancer                       | <input type="checkbox"/> Problemas Inmunologicos        |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones          |
| <input type="checkbox"/> Dolor Cronico/Fatiga         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones         |
| <input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Problemas de boca, nariz, oído |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                     | <input type="checkbox"/> Enfermedades Neurologicas      |
| <input type="checkbox"/> Problemas Ginecologicos      | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia         |
| <input type="checkbox"/> Problemas Hormonales         | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                |
| <input type="checkbox"/> Lesion/Golpe a la cabeza     | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular      |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides         |
| <input type="checkbox"/> Tension cardiaca alta/baja   | <input type="checkbox"/> Problemas Urologicos/Urinario  |

**¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas durante el último mes? (Marque todo lo que corresponda)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de aserse daño          | <input type="checkbox"/> Aumento en irritabilidad                      |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar a otros     | <input type="checkbox"/> Exceso de energía                             |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos recurrentes de muerte   | <input type="checkbox"/> Disminución de la necesidad de dormir         |
| <input type="checkbox"/> Atempto de suicidio                  | <input type="checkbox"/> Indiscreción sexual                           |
| <input type="checkbox"/> Animo depresivo                      | <input type="checkbox"/> Gastos excesivo                               |
| <input type="checkbox"/> Depresivo durante el invierno        | <input type="checkbox"/> Aumento de comportamientos riesgosos          |
| <input type="checkbox"/> Perdida de interes en actividades    | <input type="checkbox"/> Pensamientos Intrusivos                       |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de Culpabilidad         | <input type="checkbox"/> Impulsibilidad                                |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos de Inutilidad           | <input type="checkbox"/> Rituales excesivos                            |
| <input type="checkbox"/> Desesperacion                        | <input type="checkbox"/> Miedo de aumentar de peso                     |
| <input type="checkbox"/> Moviéndose más lento de lo habitual  | <input type="checkbox"/> Restringiendo calorías                        |
| <input type="checkbox"/> Moviéndose más rapido de lo habitual | <input type="checkbox"/> Atracónes de comida                           |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al concentrarse           | <input type="checkbox"/> Hallucinaciones (auditoria/visuales/tactiles) |
| <input type="checkbox"/> Aumento del apetito/Peso             | <input type="checkbox"/> Delusiones                                    |
| <input type="checkbox"/> Disminucion del apetito/Peso         | <input type="checkbox"/> Paranoias                                     |
| <input type="checkbox"/> Durmiendo mucho                      | <input type="checkbox"/> Auto-lastimarse                               |
| <input type="checkbox"/> Dificultad al quedarse durmido       | <input type="checkbox"/> Sentirse Vacío                                |
| <input type="checkbox"/> Dificultad manteniendo el sueño      | <input type="checkbox"/> Miedo de ser abandonado                       |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas                           | <input type="checkbox"/> Relaciones inestables                         |
| <input type="checkbox"/> Flashbacks                           | <input type="checkbox"/> Dificultad controlando genio/ira              |
| <input type="checkbox"/> Fatiga                               | <input type="checkbox"/> Cambio de humor frecuente diario              |
| <input type="checkbox"/> Sentirse Nervioso                    | <input type="checkbox"/> Miedo a pasar pena                            |
| <input type="checkbox"/> Tension muscular                     | <input type="checkbox"/> Evita eventos sociales                        |
| <input type="checkbox"/> Ataques de Panico                    | <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol, drogas, sustancias ilicitas |

Alergias \_\_\_\_\_

Historial Medico/Cirugias? \_\_\_\_\_

**Medicamentos y/o suplementos actuales (recetados o no recetados)**

Nombre	Dosis	Frecuencia	Estimada fecha de comienzo

Doctor de Cabezera (PCP) : \_\_\_\_\_ Fecha de su ultima cita: \_\_\_\_\_

Da consentimiento para comunicarse con su medico, si es necesario? Si No

**Mujeres**

¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? Si No Tal Vez

¿Estás planeando quedar embarazada en los próximos 6 meses? Si No Tal Vez

**Historial Siquiatrico**

¿Se a tratado con un proveedor de psiquiatria? Si No Nombre: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿da su consentimiento para comunicarse con su proveedor? un Si No

A recibido servicios de psicólogo, terapeuta u otro profesional de la salud mental? Si No

En caso afirmativo, nombre/ubicación \_\_\_\_\_

Razones por la cual se atendio/tiempo? \_\_\_\_\_

Razones por la terminacion? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una evaluación psicológica? Motivo \_\_\_\_\_

**Intento(s) de suicidio?**

Fecha	Edad	Metodo(s) usado?	Tratamiento recibido?	Hospitalizado?

**Autolesiones no suicidas**

Fecha	Edad	Metodo(s) usado?	Tratamiento recibido?	Hospitalizado?

¿Tienes acceso a armas de fuego? Si No

**Diagnósticos psiquiátricos anteriores (marque todos los que correspondan)**

- Adicción
- Ansiedad
- Déficit de atención
- Trastorno bipolar
- Demencia
- Depresión
- Trastorno alimentario
- Control de impulsos
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno de pánico
- Trastorno de personalidad
- Trastorno de estrés postraumático
- Psicosis
- Esquizofrenia
- Otro: \_\_\_\_\_

**Medicamentos psiquiátricos previos**

Nombre de la Medicina	Dosis mas alta	Duracion	Effectivo? (Si/No)	Razon por discontinuar

**Tratamiento/hospitalizaciones anteriores**

incluya rehabilitación por abuso de sustancias, hospitalización parcial (PHP), atención ambulatoria, intensiva (IOP), ECT, TMS.

Ubicacion	Fechas Aproximadas	Razon

**Historia familiar de enfermedad mental.**

Incluya cualquier miembro biológico de su familia, materna y/o paterna.

Diagnóstico de salud mental/adicción/diagnóstico genético	Relacion
¿Suicidio consumado/intento?	Relacion

**Substancias**

¿Fumas cigarrillos o vaporizadores electrónicos? Si No Cuantos dias consume? \_\_\_\_\_  
¿Utiliza otros productos de tabaco? Si No Cual usa? \_\_\_\_\_  
¿Bebes alcohol? Si No Cuantos dias de la semana? \_\_\_\_\_  
¿Usas marihuana u otras drogas recreativas? Si No

Especifique \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

¿Ha abusado de medicamentos recetados? Si No Cual? \_\_\_\_\_  
¿Consumió sustancias recreativas por vía intravenosa o compartió agujas? Si No  
¿Cree que tiene problemas con el consumo de sustancias? Si No  
¿Un familiar/amigo cree que usted tiene problemas con el consumo de sustancias? Si No  
¿Está interesado en recibir tratamiento/recursos? Si No

**Historial Social**

¿Dónde naciste? \_\_\_\_\_ ¿Dónde se crió? \_\_\_\_\_

¿Quién te crió? \_\_\_\_\_

¿Cómo describirías tu infancia? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su nivel más alto de educación? \_\_\_\_\_

Título(s) obtenido: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación actual? \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente casado o en una relación? Si No Tiene hijos? : \_\_\_\_\_

¿Con quién vives? \_\_\_\_\_

¿Se siente seguro en su entorno actual? \_\_\_\_\_

¿De quién recibe apoyo emocional? \_\_\_\_\_

¿Problemas legales actuales? Si No Especifique \_\_\_\_\_

¿Practicar una religión o una espiritualidad? \_\_\_\_\_

Tiene algun Hobby? \_\_\_\_\_

Servicio militar/Rama/Años servidos

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué espera lograr con el tratamiento?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_