



# PATS

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT  
&  
TREATMENT SERVICES, LLC  
FOSTERING CHANGE, FOSTERING GROWTH

Daniel A. Patz, Psy.D., L.M.H.C.  
*Licensed Psychologist*  
*Licensed Mental Health Counselor*

## HISTORIA CLINICA DE ADULTOS

Fecha:

<b>Su Nombre:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento:</b> _____		
<b>¿Como supiste de nosotros?</b> _____		
<b>Su Dirección:</b> _____		
<b>Números de Teléfono: Día Tarde</b> _____		
<b>Edad:</b> _____	<b>Lugar de nacimiento:</b> _____	<b>Sexo: M F</b> _____
<b>Nacionalidad:</b> _____		<b>Religión:</b> _____

¿Cuál es la razón de su cita hoy?

### HISTORIA DEL TRATAMIENTO / EXPERTO CON ASESORAMIENTO

¿Cuántos psicoterapeutas / consejeros ha visto en el pasado para este problema y problemas relacionados?

¿Cuál ha sido su experiencia pasada en psicoterapia / asesoramiento hasta ahora?

¿Le han diagnosticado una enfermedad mental? 0 Sí / 0 No

¿Está actualmente en psicoterapia / asesoramiento con alguien? 0 Sí / 0 No  
Si la respuesta es sí, ¿quién?

¿Alguna prueba psicológica previa? \_\_\_\_\_ ¿Tienes informes? \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado por problemas psiquiátricos? 0 Sí / 0 No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_. ¿Cuando fue la ultima vez? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su opinión sobre los medicamentos psiquiátricos?

¿Cuántos psiquiatras has visto antes para la administración de medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Cuál ha sido tu experiencia con la medicación así? \_\_\_\_\_

¿Ha intentado suicidarse en el pasado? 0 Sí / 0 No

¿Te lastimas físicamente? 0 Sí / 0 No

¿Tiene usted pensamientos de dañar seriamente a sí mismo oa otros ahora? 0 Sí / 0 No

Su nivel de educación: \_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES EXPRESADAS

Síntomas: Sí o NO Circule la respuesta	
¿Usted ha estado abajo, deprimido, o desesperado en el mes pasado?	SÍ o NO
¿Te molesta el poco interés o placer en hacer las cosas?	SÍ o NO
¿Ha cambiado su apetito (comiendo más o menos)?	SÍ o NO
¿Se ha alterado el sueño (insomnio o sueño excesivo)?	SÍ o NO
¿Te sientes inútil o culpable?	SÍ o NO
¿Tiene ataques repentinos o inesperados de ansiedad o nerviosismo?	SÍ o NO
¿Se siente a menudo tensa, preocupada o estresada?	SÍ o NO
¿Tiene síntomas agudos como palpitaciones, dificultad para respirar o temblores?	SÍ o NO
¿Te preocupas por muchas cosas diferentes?	SÍ o NO
¿Evita colocaciones o situaciones debido a ansiedad o preocupación?	SÍ o NO
¿Tiene pensamientos recurrentes, persistentes o no deseados o hace comportamientos repetitivos?	SÍ o NO
¿Ha pasado por periodos significativamente estresantes en los últimos 6 meses?	SÍ o NO
En su vida, ¿ha enfrentado eventos potencialmente mortales como desastres naturales, accidentes graves, agresiones o abusos físicos o sexuales, combate militar o abuso infantil?	SÍ o NO
Desde que usted experimentó cualquiera de estos factores de estrés, ¿ha sido sorprendido fácilmente?	SÍ o NO
¿Enojado o irritable?	SÍ o NO
Emocionalmente entumecido o separado de sus sentimientos?	SÍ o NO

Prone a reacciones físicas cuando se recuerda el evento?	SÍ o NO
¿Utiliza medicamentos recetados o drogas de la calle para relajarse, calmar sus nervios o ponerse alto?	SÍ o NO
¿Ha hecho un esfuerzo para reducir su consumo de alcohol o drogas?	SÍ o NO
¿Te ha molestado la gente que critica tu consumo de alcohol o drogas?	SÍ o NO
¿Alguna vez se siente culpable por su consumo de alcohol o drogas?	SÍ o NO
¿Alguna vez bebe o usa drogas para estabilizar sus nervios, deshacerse de una resaca o aliviar los síntomas de abstinencia?	SÍ o NO

### ANTECEDENTES Y HISTORIA FAMILIAR

Tu ocupación / trabajo: \_\_\_\_\_

¿Tuviste una infancia feliz? 0 Sí / 0 No

¿Dónde has criado tus padres? 0 Sí / 0 No

¿Cómo fue tu relación con tus padres creciendo?

¿Cómo es tu relación con tus padres ahora?

¿Fue abusado o molestado cuando era niño? 0 Sí / 0 No

¿Cuántas veces has estado casado? \_\_\_\_\_

¿Con quién vives actualmente?

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los principales problemas en su hogar actual?

¿Quién te apoya en este momento?

¿Está enfrentando dificultades legales en este momento? 0 Sí / 0 No

¿Cuánta dificultad tiene actualmente en el funcionamiento de su trabajo / vida en el hogar / escuela?

¿Qué valores religiosos y espirituales son importantes para usted?

¿Cuáles son algunas de sus fortalezas y habilidades?

## HISTORIA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

Sustancia	Edad en el primer uso	Fecha / Edad al último uso	Duración y frecuencia de uso
Alcohol			
Marijuana			
Metanfetaminas			
Anfetaminas			
Cocaína			
Benzodiazepinas			
Barbitúricos			
Alucinógenos			
Opiáceos (prescripción)			
Metadona			
Heroína			
PCP (Angel Dust)			
Inhalantes			
Medicamentos con receta			
Otras sustancias ilícitas			
Cafeína			
Tabaco (fumar / masticar)			

¿Alguna vez ha tenido tratamiento para abuso de sustancias? 0 Sí / 0 No

¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Sí / 0 No;

En caso afirmativo, describa:

Alergias ambientales / alimenticias? Sí / 0 No;

En caso afirmativo, describa:

## HISTORIA FAMILIAR DE LA SALUD MENTAL Y LAS ENFERMEDADES MÉDICAS

Problema / enfermedad en que miembro de la familia	
Ataque de nervios	Si o No
Depresión	Si o No
Desorden bipolar	Si o No
Ansiedad / pánico	Si o No
Abuso de drogas	Si o No
Abuso de alcohol	Si o No
Suicidio con una pistola	Si o No
Suicidio (otro)	Si o No
Crimen violento	Si o No
Sobreviviente de abuso	Si o No
Abusador o abusador	Si o No

<b>Encierre en un círculo todos los problemas presentes ahora o en el pasado:</b>
Alergias Asma Tos crónica / bronquitis Ronquido
Dolor en el pecho Problemas del corazón Palpitaciones Prolapso de la válvula mitral
Hinchazón

Hay algo mas que usted desea que nosotros sepamos?

Explique en detalle.

Gracias