



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Evaluación Diagnóstica Integral (Adulto)

Nombre: _____ F. Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Profesional de la salud: _____ Fecha de evaluación: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Psiquiatra: _____

¿Da permiso para que se proporcionen actualizaciones periódicas continuas a su médico de atención primaria y/o psiquiatra? Sí No

Por favor, indique las principales razones para buscar consulta y/o tratamiento o cuáles son las preocupaciones de salud mental presentadas: _____

Historial psiquiátrico previo / diagnóstico: _____

¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?: _____

Lista de síntomas actuales: (marque una vez si hay síntomas presentes, dos veces si hay síntomas severos)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Aumento de la irritabilidad | <input type="checkbox"/> Comportamiento opositorista | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés |
| <input type="checkbox"/> Problemas de autoestima | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño | <input type="checkbox"/> Impulsividad |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Autolesiones |
| <input type="checkbox"/> Atención/Concentración | <input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación | <input type="checkbox"/> Alucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad | <input type="checkbox"/> Evitación | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Culpa/vergüenza excesiva | <input type="checkbox"/> Suspiciousidad |
| <input type="checkbox"/> Cambios recientes | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | <input type="checkbox"/> Disociación |
| <input type="checkbox"/> Problemas de temperamento/ira | <input type="checkbox"/> Obsesivo/Compulsivo | |

- Preocupación excesiva
- Problemas de higiene
- Comportamiento regresivo
- Recuerdos retrospectivos
- Comportamiento agresivo
- Dificultades de apego
- Aumentar el comportamiento de riesgo
- Otra _____

Familia de Origen

Lugar de nacimiento/ciudad/estado: _____

Origen étnico: _____ Idioma principal: _____

Los padres en el momento del nacimiento eran: Casados Separados No casados

¿Estuviste en el mismo lugar o casa mientras crecías? _____

¿Su familia se mudaba con frecuencia? En caso afirmativo, por favor describir: _____

¿Conoces algún antecedente importante sobre el embarazo o el parto de su madre, como consumo de sustancias, complicaciones importantes durante el parto o nacimiento prematuro?

Tus padres actualmente están: Casados Divorciados, ¿Cuándo? _____

¿Se han vuelto a casar? _____

¿Fuiste adoptado? _____ Edad en el momento de la adopción: _____

Circunstancias: _____

¿Alguna vez presenció algún abuso dentro del matrimonio de sus padres? _____

¿Alguno de sus padres u otros familiares cercanos estuvieron encarcelados durante su infancia/juventud? _____

¿Alguna vez fue abusado, agredido o molestado física o sexualmente?

____ No ____ Desconocido ____ Si – Especifique cuándo y por quién: _____

¿Tus necesidades físicas fueron satisfechas durante tu niñez?

____ No ____ Si ____ Otro (Explicar) _____

¿Tus necesidades emocionales fueron satisfechas durante tu niñez?

____ No ____ Si ____ Otro (Explicar) _____

Padre _____

Fallecido, año _____

¿Cuál es su nivel de educación? _____

¿Ocupación? _____

Por favor, describa la relación con su padre:

Madre _____

Fallecida, año _____

¿Cuál es su nivel de educación? _____

¿Ocupación? _____

Por favor, describa la relación con su madre:

Número de hermanos: _____

Hermanas _____ Hermanos _____ Media hermanas _____ Medio hermanos _____

Hermanastros _____ Hermanastras _____ Fallecido/a, edad(es) al momento de la muerte: _____

¿Cómo se manejaban los conflictos en su hogar mientras crecía? _____

¿Cómo se veían y manejaban las emociones en su hogar mientras crecía? _____

Por favor, explique los antecedentes culturales y/o espirituales o religiosos de su familia:

¿Qué importancia tiene para ti la espiritualidad o la religión en la actualidad? ¿Hay algún aspecto de la espiritualidad/religión que te gustaría abordar en la terapia? ¿Quieres que tus creencias espirituales se integren en nuestro trabajo como una fuente de fortaleza para ti?

¿Tuviste algún otro adulto significativo a medida que crecías que tuvo un impacto positivo en tu vida? ____ No ____ Si

Por favor, escriba los nombres y la relación con usted:

Historial psiquiátrico familiar

Incluya cualquier problema de salud mental y/o uso de sustancias con familiares biológicos. Considere diagnósticos como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, TDAH, abuso de alcohol y/o drogas, encarcelamiento o cualquier suicidio.

Madre: _____
Parientes de la madre: _____

Padre: _____
Parientes del padre: _____

Hermanos: _____

Hijos/as: _____

Antecedentes familiares y funcionamiento

Marque con un círculo su estado actual: -Soltero/a -Saliendo exclusivamente -Casado/a
-Vuelto a casar -Separado/a -Divorciado/a -Viudo/a -Viviendo juntos

Orientación sexual: _____

Identidad de género: _____

Antecedentes matrimoniales: Edad Año Duración # Hijos

1° Matrimonio: _____

2° Matrimonio: _____

3° Matrimonio: _____

4° Matrimonio: _____

Por favor, marque todo lo que se aplica a su matrimonio actual:

____ Bueno, satisfechos ____ Apoyador/a ____ Relación cálida ____ Estable ____ Aburrido/a
____ Pobre comunicación ____ Al borde de la ruptura ____ Abusivo/a (físico, verbal, sexual)

Conflictos matrimoniales/de pareja:

Miembros actuales del hogar:

Nombre

Edad

Relación

¿Hay niños que no viven en el hogar? _____ Si es así, indique el nombre, la edad y la relación.

¿Existe una orden de custodia/visitación? En caso afirmativo, explique lo siguiente:

¿Qué recursos y apoyos tienen usted y su familia? _____

¿Cuáles son sus fortalezas y su papel en el entorno familiar? _____

Habilidades básicas para la vida: Historia y funcionamiento

Indique sus hábitos con las siguientes prácticas básicas de habilidades para la vida:

	Diariamente	Varias veces por semana	Una vez por semana o menos
Bañarse			
Cepillarse los dientes			
Vestirse con ropa limpia/apropiada			
Ir a la cama/despertar a horas regulares			
Preparar comidas balanceadas			
Actividades de limpieza			
Lavar ropa			

¿Realiza regularmente las siguientes prácticas de seguridad?

Cierran la puerta con llave/ o la aseguran: Si ___ No ___

Apagan el horno, cierran el agua, etc.: Si ___ No ___

¿Está recibiendo servicios de cuidado personal, comidas sobre ruedas o cualquier otra habilidad básica para la vida? ___No ___Si

Historia clínica y funcionamiento:

¿Cómo describirías tu salud en general? _____
Médico(s) / Especialistas: _____

Fecha del último examen físico: _____

¿Alguno de los miembros de su familia ha tenido una enfermedad importante o tratamiento médico? En caso afirmativo, explique lo siguiente: _____

Encierre con un círculo las condiciones de salud que se apliquen:

- | | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| -Problemas de tiroides | -Presión arterial alta | -Dolores de cabeza | -Problemas cardíacos |
| -Problemas para dormir | -Colesterol alto | -Asma | -Diarrea |
| -Problemas estomacales | -Convulsiones | -Dificultad para comer | |

Otro (Por favor describa): _____

¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas? ? Por favor de escribir: Sí/No, ¿Qué?, y ¿cuándo?

Enfermedades contagiosas o infecciosas: _____

Discapacidades o minusvalías: _____

Alergias/alergias alimentarias: _____

¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas? Por favor de escribir: Sí/No, ¿Qué?, y ¿cuándo?

Accidentes/lesiones: _____

Cirugías: _____

Enfermedades graves: _____

Hospitalizaciones: _____

Pérdida del conocimiento: _____

Antecedentes menstruales y reproductivos

Número de embarazos _____ Número de nacidos vivos _____

¿Tiene algún historial de lo siguiente? Por favor de escribir: Sí/No, ¿Qué?, y ¿cuándo?

Síndrome premenstrual: _____

Amenorrea (ausencia de períodos): _____

Períodos irregulares: _____

¿Participa regularmente en alguna actividad que promueva la salud? ¿Relajación / Sueño / Ejercicio? _____

Medicamentos: Por favor, escriba todos los medicamentos recetados o de venta libre actuales.

_____ No medicamentos

Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____
Medicamento _____	Dosis _____	Doctor _____

Suplementos _____

**** Escriba los medicamentos adicionales en la parte posterior de esta página**

¿Puede auto administrarse sus medicamentos? _____ Si _____ No

Adherencia a la medicación:

_____ Regularmente toma según lo prescrito

_____ Ocasionalmente se salta una dosis

_____ Pierde dosis regularmente

_____ Rechaza/olvida tomar medicamentos la mayoría de los días

¿Has sido tratado en el pasado con medicamentos psiquiátricos como antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, tranquilizantes, somníferos, estimulantes u otros?

_____ Si _____ No

Escriba los medicamentos:

Uso/Abuso de Sustancias

	Antigüedad del 1er uso	Frecuencia	Importe	Último uso
Nicotina:				
Vapeo:				
Alcohol:				
Marihuana:				
Anfetaminas:				
Alucinógenos:				
Cocaína/Crack:				
Heroína:				
Medicamentos recetados:				
Otra:				

Caféina: _____

Historial de tratamiento de salud conductual

	Proveedor de servicios	¿Cuándo / Con qué frecuencia?	¿Fueron útiles? Por favor, explique.
Terapia			
Centro psiquiátrico de internamiento			
Gestión de casos			
Gestión del medicamento			
CBRS / PSR			
Tratamiento de Adicciones			
Servicios de Desarrollo			
Terapia ocupacional			
Terapia de lenguaje			
Fisioterapia			
Servicios de Cuidado Personal			
Proveedor de atención médica en el hogar			
Otra			

Si has ido a terapia antes, ¿cuál es tu experiencia? ¿Qué hizo tu terapeuta que te hubiera gustado que fuera diferente? ¿Qué hizo su terapeuta que fue beneficioso o útil?

Historia Jurídica y Funcionamiento

¿Tiene alguna participación actual o pasada en lo siguiente?

Tribunal de Desvío _____ No _____ Si- Por favor, explique

Libertad condicional _____ No _____ Si- Por favor, explique

Arresto _____ No _____ Si- Por favor, explique

Actividad ilegal _____ No _____ Si- Por favor, explique

Encarcelamiento _____ No _____ Si- Por favor, explique

¿Tiene transporte confiable o tiene acceso al transporte público, etc.?

____ Sí ____ No (por favor, explique)

¿Qué apoyos y recursos tiene en la comunidad (iglesias, clubes, actividades extracurriculares, etc.)?

¿Tiene una: tarjeta de Seguro Social _____ Si _____ No

Licencia de conducir _____ Si _____ No

Historia y funcionamiento vocacional/educativo

¿Cuál es su nivel más alto de educación? _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación de tu pareja? _____

¿Has completado alguna vez alguna formación profesional? _____ Si _____ No

Describe cómo le fue en la escuela primaria:

Académicamente _____

Comportamiento _____

Socialmente _____

Describe cómo le fue en la escuela secundaria:

Académicamente _____

Comportamiento _____

Socialmente _____

Si tuvo alguna dificultad en la escuela, por favor explique:

¿Estuviste en un salón de clases especializado o recibiste educación especial? _____ Si _____ No
¿Alguna vez estuvo en un Plan de Educación Individual (IEP) o en un plan 504:

¿Actualmente tienes metas educativas? _____ Si _____ No

Empleo

¿Está empleado actualmente? _____ Si _____ No

Cargo/descripción _____

¿Cuánto tiempo llevas en este trabajo? _____ meses/años

¿Estás satisfecho con el trabajo? _____ Sí _____ No

¿Cuántas horas a la semana trabajas? _____

Historial laboral:

Duración del trabajo

Motivo de la salida

¿Tiene actualmente metas de empleo? _____ Si _____ No

Servicio militar: _____ No _____ Si – especifique _____

¿Fue dado de baja con honores? _____ Si _____ No, por favor, explicar

Historia y funcionamiento social

¿Cómo describirías tus amistades? Por favor, encierra en un círculo todas las que correspondan.

Sin amigos

Solo conocidos

Conocidos y amigos

¿Cómo describirías tu comportamiento y nivel de comodidad cuando estás en entornos sociales?

¿Has experimentado alguna dificultad con la edad, el género, la orientación sexual, la cultura, la raza o la religión? _____ No _____ Si – Por favor, explique

¿Qué te gusta hacer para divertirte? _____

¿Cuáles son tus talentos y/o fortalezas sociales?

Historia Financiera y Funcionamiento

¿Tiene las finanzas adecuadas para satisfacer las necesidades de la familia ___ Si ___ No – por favor explique los problemas

Fuentes de ingresos: _____

Cualquier historial de dificultades financieras/preocupaciones crediticias:

Historia de la Vivienda

Arreglo de vivienda actual:

___ Casa propia

___ Alquiler

___ Viviendo con amigos/familiares

___ Otro

___ Vivienda con apoyo – explique _____

¿La situación actual de la vivienda satisface sus necesidades en las siguientes áreas?

Salud y seguridad ___ Si ___ No-por favor explique _____

Acceso a los servicios ___ Si ___ No por favor explique _____

¿Hay algún historial de personas sin hogar/desalojos? ___ No ___ Si-por favor

explique _____

¿Existe algún riesgo de quedarse sin hogar? ___ No ___ Si-por favor explique _____

Firmas

Persona responsable de llenar este formulario: _____

Relación con el cliente: _____

Firma: _____

Fecha: _____