

## HISTORIAL BIOPSIICOSOCIAL

INFORMACION DEL PACIENTE	
<b>Nombre del Paciente:</b>	
Fecha Nacimiento/Edad	
Fecha del Servicio	
RAZON DE LA VISITA:	
<b>En las pasadas 2 semanas ha experimentado alguna de las siguientes (Marque todas las que apliquen)</b>	
<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Entrando en peleas
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Episodios Mánico
<input type="checkbox"/> Ataques de Pánico	<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Aumento en la energía	<input type="checkbox"/> Fobias compulsivas
<input type="checkbox"/> Baja autoestima	<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/> Obsesiones
<input type="checkbox"/> Cambio en el humor	<input type="checkbox"/> Olvidadizo
<input type="checkbox"/> Coraje	<input type="checkbox"/> Pensamientos Homicidas
<input type="checkbox"/> Deprimida	<input type="checkbox"/> Pensamientos fugaces
<input type="checkbox"/> Deseando su muerte	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/> Desorden en el sueño	<input type="checkbox"/> Otros estados de animos
<input type="checkbox"/> Distraído	
HISTORIAL MEDICO Y MENTAL:	
<b>Indique SI o NO (Explique en caso afirmativo)</b>	
<b>Historial Psiquiátrico:</b>	
Historial Psiquiátrico:	
Hospitalizaciones previas:	
Intentos Suicidas previos:	
Comportamiento auto-destructivo:	
Histrioal comportamiento agresivo:	
<b>Tratamiento Psiquiatrico previo:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Explique en caso afirmativo)
Diagnosis:	
Treatment:	
<b>Allergies:</b>	
<b>Historial de Drogas y Alcohol</b>	
Tabaco:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Socialmente
Alcohol:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Socialmente
Drogas :	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Socialmente
Comentarios	
<b>Historial Psiquiátrico Familiar:</b>	<input type="checkbox"/> No historial psiquiátrico en la familia
Historial de Suicidios	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos (Otros)
Otros	
Comentarios	
<b>Historial Medico del paciente</b>	<input type="checkbox"/> Patient niega cualquier condición medica
Cirugías:	
Alergias:	
<b>Condiciones Médicas:</b>	<i>(Marque las que aplicquen)</i>

<input type="checkbox"/> Hipertensión o problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas Tiroides
<input type="checkbox"/> Cholesterol	<input type="checkbox"/> Condiciones Hepáticas (Hígado)
<input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas:	
<b>Historial Medicamentos:</b>	<b>Indique los medicamentos que esta tomando actualmente</b>
Psiquiátricos:	
Medicos:	
<b>Histroial Social:</b>	
Marital status:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Family Support:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lives alone:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Homeless:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Employed:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<i>Comentarios:</i>	
<b>Historial de traumas:</b>	
<b>Fortalezas:</b>	
<input type="checkbox"/> Motivado hacia el tratamiento	<input type="checkbox"/> Destrezas de vida independiente
<input type="checkbox"/> Acepta su condicion/situación	<input type="checkbox"/> Practica algun deporte o pasatiempo
<input type="checkbox"/> Apoyo familiar/amistades	<input type="checkbox"/> Historia del cumplimiento del tratamiento
<input type="checkbox"/> Buena salud fisica	<input type="checkbox"/> Nievelevel Educativo_____
<input type="checkbox"/> Trajan o asiste a la escuela	<input type="checkbox"/> Otros

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha