



899 Logan Street, Suite 307
Denver, CO 80203
(303) 756 1197

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN ADULTO

Información del cliente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo al Nacer:

- Masculino
- Femenino
- Intersexual
- _____

Genero:

- Masculino
- Femenino
- Trans-Femenino
- Trans-Masculino
- Agender
- No binario
- Genero queer
- Cuestionamiento de genero

Título preferido:

- Dr/Dra
- Sra
- Sr
- Srta.
- _____

Pronombres preferidos:

- el (he/him/his)
- ella (she/her/hers)
- they/theirs/them
- _____

Dirección: _____

Teléfonos principales #'s: _____

E-mail principal: _____

(incluya número de teléfonos celulares, o cualquiera donde sea fácil encontrarlo) Describa cualquier condición de confidencialidad que nosotros debamos tener en cuenta cuando llamemos a estos números de contacto.

Quien lo refirió: _____

Contactos de emergencia

Nombre de uno o más contactos de emergencia y familiares suyos:

Teléfonos #'s: _____

Información del Seguro.

Si el plan de seguro que usted utiliza reembolsa por los servicios prestados, por favor complete la siguiente información:

Información primaria del seguro:

Nombre de la Compañía aseguradora: _____ ID # : _____ Grupo:: _____

Nombre del tenedor de la póliza: _____ DOB del tenedor de la póliza: _____

SS del tenedor de la póliza: _____

Información secundaria de l seguro:

Nombre de la Compañía de seguro: _____ ID #: _____ Grupo: _____

Historia familiar e información cultural

Solo para uso de la oficina

Enumere todos los miembros que viven en su hogar y la relación con usted.

Nombre	Sexo	Edad	Relación

¿Cómo describirías la relación entre tú y tus compañeros de casa?

¿Cómo describirías tus valores religiosos? Por favor describa:

¿Con qué grupo étnico / cultural te identificas? _____

¿Qué significa para ti tu afiliación con este grupo?

<p>¿Idiomas hablados dentro del hogar?</p> <p>Su idioma principal: _____</p> <p>Su idioma secundario: _____</p>	
<p>¿Alguna información adicional relacionada con la adquisición / exposición de idiomas, incluidas las escuelas bilingües / historia familiar?</p>	
<p>¿Qué cosas ha hecho usted en el pasado para solucionar estas preocupaciones? ¿Qué le ha dado resultados? ¿Qué no ha funcionado?</p>	
<p>¿Qué lo motivó a buscar este servicio?</p>	

Preocupación actual o motivo de consulta

Solo para uso de la oficina

<p>Describa las principales preocupaciones u objetivos que tiene para esta evaluación:</p>	
<p>Preocupación principal / meta # 1</p>	
<p>Preocupación / meta # 2</p>	
<p>Preocupación / meta # 3</p>	

<p>¿Qué cosas ha hecho usted en el pasado para solucionar estas preocupaciones? ¿Qué le ha dado resultados? ¿Qué no ha funcionado?</p>	
<p>¿Qué lo motivó a buscar este servicio?</p>	

Sección de Desarrollo

Solo para uso de la oficina

<p>Historia de nacimiento</p>	
<p>Semanas de gestación al nacer _____ Drogas o medicamentos que recibió la madre durante el embarazo: _____ ¿Complicaciones? _____ _____ ¿Condiciones al nacer? _____ ¿Otra información importante? _____</p>	
<p>¿Cómo te describirías a ti mismo como un niño o un adolescente?</p>	

<p>Proporcione información sobre su desarrollo proporcionando la edad aproximada en que cada uno de los siguientes logros se logró de manera independiente. (Si es posible, es posible que deba hablar con un padre / tutor).</p> <p>Darse vuelta estando acostado _____</p> <p>Sentarse _____</p> <p>Pararse _____</p> <p>Gatear _____</p> <p>Caminar _____</p> <p>Hablar las primeras palabras _____</p> <p>Decir dos palabras juntas _____</p> <p>Demostró que entendía ordenes sencillas _____</p> <p>Leyó palabras _____</p> <p>Escribió palabras _____</p> <p>Usó un crayón para colorear _____</p> <p>Estuvo acostumbrado para ir al baño durante el día _____</p> <p>Estuvo enseñado para ir al baño en la noche _____</p> <p>Hizo contacto visual con otros _____</p> <p>Comenzó a participar en juegos interactivos _____</p> <p>Identificó a alguien como su mejor amigo _____</p> <p>Comenzó a mostrar los signos físicos de la pubertad _____</p>	
<p>¿Alguna vez ha demostrado una regresión en las habilidades de desarrollo o ha perdido una habilidad una vez que la adquirió? Si es así, por favor describa.</p>	
<p>¿Demuestra algún comportamiento repetitivo? Si es así, por favor describa</p>	
<p>¿Integra regularmente medios de comunicación no verbales, tales como movimientos con la cabeza, gestos, contacto visual y expresiones faciales variadas?</p>	
<p>¿Tiene alguna dificultad con la atención, la concentración o la hiperactividad? Si es así, ¿cuándo surgieron estos problemas por primera vez?</p>	

<p>¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con desórdenes del desarrollo o de desarrollo retardado?</p>	
--	--

Salud física

Solo para uso de la oficina

<p>Enumere las principales enfermedades físicas, accidentes, hospitalizaciones y cirugías en su historial médico junto con las fechas y edades.</p>	
<p>Enumere las principales enfermedades crónicas con el dato de la edad</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Aún presenta los síntomas? _____</p> <p>_____</p> <p>¿Duración de los efectos? _____</p>	
<p>Por favor describa cualquier accidente importante o caídas, con el dato de la edad</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Esto ocasionó trauma en la cabeza o contusión cerebral? _____</p> <p>¿Ocurrió cualquier cambio en el comportamiento o en el conocimiento como consecuencia de este traumatismo? _____</p> <p>Si fue así, por favor describa los cambios y la duración _____</p> <p>_____</p>	
<p>Por favor describa cualquier cirugía mayor que haya tenido, con la fecha y la edad</p> <p>_____</p> <p>¿Algún problema o dolor de larga duración? _____</p>	
<p>¿Actualmente estás experimentando algún dolor crónico? Si es así, describa el dolor, la intensidad, la duración y la causa.</p>	

Proporcione información sobre cualquier medicamento actual o anterior que haya tomado durante un período prolongado. Es especialmente importante incluir todos los medicamentos relacionados con sus inquietudes actuales.

Medicamento	Fecha de inicio	Dosis	Propósito	¿Efectiva?

Nombre del médico o psiquiatra que la prescribió _____

¿Cuántas horas duermes en la noche? _____
 Describa cualquier dificultad con el sueño:

¿Cómo podría describir los hábitos alimenticios?

¿Recientemente ha tenido ganancia o pérdida de peso en relación a su crecimiento?

¿Cómo se siente con respecto a su peso?

Describa su actitud con respecto al ejercicio físico y cómo es su participación:

¿Hay alguna preocupación con la visión o audición? Si es así, descríbala:

¿Tiene usted cualquier dificultad con las habilidades motrices o de coordinación? Si es así, descríbala:

¿Tiene cualquier sensibilidad sensorial? ¿Hay alguna marcada reducción de sensaciones a la estimulación, o cualquier comportamiento exagerado en busca de estímulos sensoriales? Si es así, por favor descríbalos:

¿Usas drogas, alcohol, o cigarrillos? Si es así, por favor describa la frecuencia de uso

Social**Solo para uso de la oficina**

¿Cómo podría usted describir sus amistades, incluyendo la cantidad y la calidad de estas relaciones?	
¿Tienes dificultad para hacer amigos o para mantener estas amistades? Si es así, describa las dificultades:	
¿Cómo empleas el tiempo de socialización? ¿Qué clase de actividades disfruta? ¿Qué hace para divertirse (por ejemplo pasatiempos, deportes, intereses)?	

Psicológico**Solo para uso de la oficina**

¿Ha sido diagnosticado con un desorden mental? Si esa así, por favor descríballo:									
Alguna vez le han practicado un evaluacion psicológico? Si esa así, describa los resultados e incluya a la persona o agencia que practicó la prueba.									
¿Alguna vez alguien en su familia ha sido diagnosticado con un desorden/trasdorno mental? por favor indique qué miembro y cuál fue el diagnóstico.									
Describa cualquier terapia en el pasado (incluyendo fechas). ¿Esto funcionó o no sirvió?									
¿Alguna vez ha ingresado a un hospital psiquiátrico? (Si es así, ¿donde y cuándo?):									
Por favor describa cómo es tu humor o estado de ánimo:									
Por favor describa las fortalezas personales tuyas:									
<p>Por favor encierre en un círculo cualquiera de las siguientes cosas que haya experimentado en los últimos 6 meses:</p> <table data-bbox="133 1759 1127 1875"> <tr> <td data-bbox="133 1759 711 1791">Aumento o reducción del apetito</td> <td data-bbox="711 1759 1127 1791">Pérdida de energía, apatía o aletargam</td> </tr> <tr> <td data-bbox="133 1791 711 1822">Aislarse de otros</td> <td data-bbox="711 1791 1127 1822">Comportamientos repetitivos</td> </tr> <tr> <td data-bbox="133 1822 711 1854">Pérdida de interés</td> <td data-bbox="711 1822 1127 1854">Problemas en las relaciones familiares</td> </tr> <tr> <td data-bbox="133 1854 711 1875">Sentimientos de vacío</td> <td data-bbox="711 1854 1127 1875">Pensamientos recurrentes</td> </tr> </table>	Aumento o reducción del apetito	Pérdida de energía, apatía o aletargam	Aislarse de otros	Comportamientos repetitivos	Pérdida de interés	Problemas en las relaciones familiares	Sentimientos de vacío	Pensamientos recurrentes	
Aumento o reducción del apetito	Pérdida de energía, apatía o aletargam								
Aislarse de otros	Comportamientos repetitivos								
Pérdida de interés	Problemas en las relaciones familiares								
Sentimientos de vacío	Pensamientos recurrentes								

<p>Desesperanza Episodios de llanto Mayores miedos Problemas del sueño Cortos períodos de concentración Aumento de la ira Abuso de drogas o alcohol Sentimientos paranoides Incremento de la irritabilidad Nerviosismo Ataques de pánico Facilidad de frustración Baja auto-estima Ansiedad Incremento de la fatiga Odio a sí mismo Confusión Ver cosas que otros no ven</p>	<p>Preocupación extrema Pesadillas Recuerdos recurrentes Mucha energía Problemas de concentración Problemas sexuales Problemas de memoria Aceleración del pensamiento Humor péndulo, cambiante Acciones violentas Cambios de peso Sentimiento de estrés Estado de ánimo depresivo Inusual euforia extrema Imprudencia, temeridad Aplazamiento de actividades Oír voces que nadie más oye Desorientación</p>	
<p>¿Usted o su hijo (a) han experimentado dificultades en las habilidades para afrontar problemas?</p> <p>Por favor describa ¿con qué asuntos tiene dificultad su hijo (a) para enfrentarse? ¿Alguna vez su hijo (a) ha tratado de autolesionarse, como cortándose, golpeándose la cabeza, o cualquier otra forma de hacerse daño a sí mismo?</p>		
<p>¿Usted siente que tienes dificultades para controlarse cuando está furioso?</p>		
<p>¿Alguna vez ha sido violento con otras personas? Si es así, cuándo y cuál fue la situación?</p> <p>¿Alguna vez ha estado en la cárcel, prisión o detenido? Si es así, ¿cuándo y por qué delito?</p>		
<p>¿Alguna vez ha tenido pensamientos suicidas o a intentado suicidarse en los últimos seis meses?</p>		
<p>¿Alguna vez ha intentado suicidarse?</p>		

Educación y ocupación

Solo para uso de la oficina

<p>¿Cuál es su escuela actual o lugar de trabajo?</p> <p>¿Cuál es tu posición actual?</p>	
---	--

¿Cómo describirías tu experiencia en la escuela?	
¿Hay historia de problemas de aprendizaje? Si es así, descríbalos:	
¿Ha tenido alguna prueba educacional antes o un IEP (Programa de Educación Individual)? (centros tutoriales, la escuela, 'Child Find' o intervención temprana)? Si es así, por favor describa el tipo de prueba que recibió: ¿Diagnóstico? ¿Qué recomendaciones hicieron como resultado de la evaluación?	
¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con una discapacidad de aprendizaje u otra discapacidad que afecta el aprendizaje?	
Por favor describa los valores familiares con respecto a la escuela y a la educación:	

Medioambiental

Solo para uso de la oficina

Describa cualquier trauma medioambiental que haya experimentado (por ejem. tornados, inundaciones, huracanes, etc.):	
Describa cualquier abuso sexual, físico o mental:	
¿Alguna vez ha sido víctima de un delito violento? Si es así, descríbalos:	
Por favor describa cualquier estresor medioambiental que haya afectado.	
¿Cómo describiría usted los valores religiosos en su familia? Tienen su hijo (a) valores similares?	

Nosotros le hemos hecho un montón de preguntas, sin embargo, ¿hay alguna información adicional que usted considere que es importante añadir?

Por favor firme abajo para indicar que toda la información consignada arriba es exacta, con base en lo mejor que usted sabe.

Firma del cliente (si es mayor de 15 años) _____ Fecha _____

Padre, madre, o responsable (si es menor de 12 años) _____ Fecha _____