



Por favor, lee:

Gracias por su interés en TAN Behavioral Health Services. Desafortunadamente, no podemos servir a todos los que buscan atención con nosotros debido a las limitaciones en la cantidad de personas a las que podemos atender, ya sea que la naturaleza de la atención necesaria exceda nuestra capacidad o experiencia, o por razones similares. La atención de salud mental es un recurso muy limitado, y nuestro equipo de proveedores tiene una disponibilidad limitada de citas. Es posible que tenga una condición que nuestro personal actual no pueda tratar de la manera que se considere más beneficiosa para usted. A veces las referencias son la mejor opción.

Para que podamos determinar si nuestros servicios están sincronizados con sus necesidades, complete el paquete de información adjunto. El historial de salud que proporcione ayudará a nuestro equipo de proveedores a determinar la naturaleza y la agudeza de sus necesidades, así como si los servicios que ofrecemos satisfacen sus necesidades y si tenemos disponibilidad actual para ofrecer esos servicios con prontitud.

Esta evaluación preliminar es necesaria para determinar si usted será aceptado para los servicios de TAN Behavioral Health. Por favor, sea lo más minucioso posible al completar este paquete de admisión. Dejar secciones de este formulario en blanco o proporcionar información limitada podría resultar en que su solicitud de servicios sea denegada debido a insuficiente información.

Si se determina que TAN Behavioral Health tiene el personal y la disponibilidad para abordar sus necesidades de salud mental, se le contactará para programar con nuestro personal de elegibilidad y programación. La información recopilada en este paquete de admisión se considerará parte de su evaluación inicial, que a la vez, se usaría en la evaluación integral de diagnóstico y planificación del tratamiento, que recopila información más completa para permitir un diagnóstico completo y una base adecuada para el desarrollo del plan de tratamiento.

NOTA: ES POSIBLE QUE NO CONTINUEMOS CON SUS MEDICAMENTOS ACTUALES.

Gracias de nuevo por considerar al Equipo de salud conductual de Lester Daigle en TAN. Nos pondremos en contacto con usted en breve para informarle si podremos aceptarlo como paciente con nosotros. Es posible que no podamos notificarle sobre su aceptación durante una o dos semanas, por lo que le recomendamos que continúe verificando otros recursos mientras tanto.

Sinceramente

Equipo de Servicios de salud conductual de Lester Daigle

TENGA EN CUENTA QUE NO SOMOS UN SERVICIO DE EMERGENCIA. SI USTED O ALGUIEN QUE CONOCE ESTÁ EXPERIMENTANDO UNA EMERGENCIA DE SALUD MENTAL, VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA PARA UNA EVALUACIÓN.

Iniciales: _____ *FDN:* _____

Formulario de Ingreso de Paciente Nuevo (Adulto)

Este formulario tiene el propósito de conocerlo mejor para brindarle los mejores servicios de salud mental posible.
 Por favor complete este formulario de la manera más honesta y completa posible.
 Toda la información que nos proporciona será confidencial como lo exigen las leyes estatales y federales.

Fecha: _____ Número de Seguridad Social: _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular/alternativo: _____

Estado Civil: soltero/a casado/a separado/a divorciado/a
 vuelto de casar comprometido/a viudo/a
 pareja conviviente

Si corresponde, por favor complete lo siguiente:

Nombre del cónyuge: _____ Edad del cónyuge: _____

Ocupación del cónyuge: _____

SI TIENE HIJOS ANOTE SUS NOMBRES, SEXO, Y EDADES:

#	Nombre	Sexo	Edad	#	Nombre	Sexo	Edad
1				4			
2				5			
3				6			

QUIÉN VIVE ACTUALMENTE EN SU RESIDENCIA (adultos y niños):

#	Nombre	Relación	Sexo	Edad	#	Nombre	Relación	Sexo	Edad
1					4				
2					5				
3					6				

En sus propias palabras, describa los problemas actuales tal como los ve:

¿Por cuánto tiempo ha estado sucediendo esto? _____

¿Qué te hizo buscar ayuda esta vez? _____

Iniciales: _____ FDN: _____

¿Qué espera obtener de esta evaluación y/o asesoramiento?

Si tuvo dificultades en el pasado, ¿qué ha hecho para afrontarlas? ¿Fue de ayuda?

Síntomas

Por favor, marque cualquier síntoma o experiencia que haga tenido **en el último mes**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño | <input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse dormido/a |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para levantarse de la cama | <input type="checkbox"/> No sentirse descansado por la mañana |
- ¿Cuántas horas duermes en la noche?: _____

<input type="checkbox"/> Pérdida persistente de interés en actividades que antes disfrutaba	
<input type="checkbox"/> Apartarse de otras personas	<input type="checkbox"/> Estás pasando más tiempo solo/a
<input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/> Sentirse insensible
<input type="checkbox"/> Cambios de humor rápidos	<input type="checkbox"/> Irritabilidad
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico
<input type="checkbox"/> Sentimientos frecuentes de culpa	<input type="checkbox"/> Evitar personas, lugares, actividades o cosas específicas
<input type="checkbox"/> Dificultad de salir de su casa	
<input type="checkbox"/> Miedo a ciertos objetos o situaciones (i.e., alturas, insectos) Describe: _____	
<input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos o actos mentales (i.e., contando, lavarse las manos)	
<input type="checkbox"/> Arrebatos de ira	
<input type="checkbox"/> Inutilidad	<input type="checkbox"/> Desesperanza
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Sentirse o actuar como una persona diferente
<input type="checkbox"/> Cambios en la alimentación/apetito	
<input type="checkbox"/> Comiendo mas	<input type="checkbox"/> Comiendo menos
<input type="checkbox"/> Vómitos voluntarios	<input type="checkbox"/> Uso de laxantes
<input type="checkbox"/> Atracciones de comida	<input type="checkbox"/> Ejercicio excesivo para evitar el aumento de peso
<input type="checkbox"/> ¿Estás tratando de perder peso? _____	
<input type="checkbox"/> Aumento de peso: _____ libras	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso: _____ libras
<input type="checkbox"/> Dificultad para recuperar el aliento	<input type="checkbox"/> Aumento de la tensión muscular
<input type="checkbox"/> Sudoración inusual	<input type="checkbox"/> Se asusta fácilmente, se siente “nervioso”
<input type="checkbox"/> Aumento de energía	<input type="checkbox"/> Disminución de energía
<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Preocupación frecuente	<input type="checkbox"/> Sensaciones físicas que otros/as no tienen
<input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados	<input type="checkbox"/> Recuerdos intrusivos

Iniciales: _____ *FDN:* _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para pensar o concentrarse | <input type="checkbox"/> Grandes huecos en la memoria |
| <input type="checkbox"/> Recuerdos recurrentes | <input type="checkbox"/> Pensamientos sobre hacerse daño o suicidarse |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Pensamientos sobre dañar o matar a otra persona |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse como si estuviera fuera de sí mismo, desapegado, observando lo que está haciendo | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse perplejo en que es real e irreal | |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos, impulsos, o imágenes persistentes, repetitivos e intrusivos | |
| <input type="checkbox"/> Experiencias visuales inusuales, como destellos de luz, sombras | |
| <input type="checkbox"/> Escuchar voces cuando no hay nadie más presente | |
| <input type="checkbox"/> Sentir que sus pensamientos están controlados o colocados en su mente | |
| <input type="checkbox"/> Sentir que la televisión o la radio se están comunicando con usted | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para resolver problemas | <input type="checkbox"/> Dificultad para cumplir con las expectativas del rol |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de otros | <input type="checkbox"/> Manipulación de otros para satisfacer sus propios deseos |
| <input type="checkbox"/> Expresión inapropiada de ira | <input type="checkbox"/> Auto-mutilación/ Auto-lesión |
| <input type="checkbox"/> Dificultad o incapacidad a decir "no" a los demás | <input type="checkbox"/> Comunicación ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Sensación de falta de control | <input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad para manejar el estrés |
| <input type="checkbox"/> Relación abusiva | <input type="checkbox"/> Dificultad para expresar emociones |

Preocupaciones sobre tu sexualidad

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual Elijo no contestar

Por favor describa cualquier otro síntoma o experiencia con la que haya tenido un problema:

¿Ha visto a un consejero, psicólogo, u otro profesional de la salud mental antes?

No Si En ese caso:

Nombre del profesional: _____

Fechas de Tratamiento

Razón para buscar ayuda: _____

Nombre del profesional: _____

Fecha de Tratamiento

Razón para buscar ayuda: _____

Nombre del profesional: _____

Fecha de Tratamiento

Razón para buscar ayuda: _____

¿Está tomando **actualmente** medicamentos **psiquiátricos**? No Si Si es así, enumere:

Medicamento	Dosis	¿Cuánto tiempo lo ha estado tomando?	¿Le ha sido de ayuda?
		Iniciales: _____	FDN: _____

¿Está tomando **actualmente** medicamentos **no psiquiátricos**? No Si Si es así, enumere:

Medicamento	Dosis	¿Cuánto tiempo ha estado tomando?

¿Ha tomado medicación **psiquiátrica** en el pasado? No Si Si es así, enumere:

Medicamento	Dosis	Primera/Última vez que lo tomaste	Efecto de la Medicación

¿Ha sido hospitalizado por motivos psiquiátricos? No Si Si es así, enumere:

Hospital	Fechas	Razón

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? No Si Si es así, describa:

¿Algún pensamiento o idea suicida en el pasado? No Yes Si es así, describa:

Historial Médico

¿Está actualmente en tratamiento por alguna afección médica? No Si Si es así, describa:

Enumere las enfermedades, cirugías, y/o accidentes previos:

Enumere si tiene alergias:

Iniciales: _____ FDN: _____

Historia Familiar

Padre: Edad: Viviedo Fallecido Causa de muerte: _____
 Si falleció, SU edad al momento de la muerte _____ TU edad al momento de su muerte _____
 Ocupación: _____ Salud: _____
 Frecuencia de contacto con él: _____ ¿Te llevas o llevaste bien con él? _____

Madre: Edad: Viviendo Fallecido Causa de muerte: _____
 Si falleció, SU edad al momento de la muerte _____ TU edad al momento de su muerte _____
 Ocupación: _____ Salud: _____
 Frecuencia de contacto con ella: _____ ¿Te llevas o llevaste bien con ella? _____

Hermanos y Hermanas

Nombre	Sexo	Edad	Paradero	¿Te llevas bien con él/ ella?	
				No	Yes
				No	Yes
				No	Yes
				No	Yes
				No	Yes

Durante su niñez, ¿vivió algún período de tiempo significativo con alguien que no fuera sus padres biológicos?

No Si Si es así, proporcione el nombre de la persona y su relación con usted.

Nombre: _____ Parentesco a ti: _____

Por favor marque la casilla correspondiente si estos están o han estado presentes en sus familiares

	Niños	Hermanos	Hermanas	Padre	Madre	Tíos/Tías	Abuelos
Problemas nerviosos							
Depresión							
Hiperactividad							
Asesoramiento							
Medicación psiquiátrica							
Hospitalización psiquiátrica							
Intento de suicidio							
Muerte por suicidio							
Abuso/mal uso del alcohol							
Consumo de drogas							

Historia Social

Historia Matrimonial Pasada

¿Has estado casado anteriormente? _____ Si es así, por favor describa

Iniciales: _____ FDN: _____

¿Cuándo? _____
¿Cuándo? _____

¿Cuánto tiempo? _____
¿Cuánto tiempo? _____

Iniciales: _____ **FDN:** _____

Educación

Nivel de alto grado completo: _____

Título obtenido, si aplica: _____

¿Tuviste algún problema disciplinario en la escuela? _____

Si es así, explíquelo por favor: _____

¿Fue considerado hiperactivo/TDAH en la escuela? _____

Si es así, ¿estaba tomando algún medicamento? _____

Si es así, ¿estaba tomando algún medicamento? _____

Si es así, ¿qué medicamento? _____

¿Qué tipo de calificaciones obtuviste en la escuela? _____

¿Ha servido en el ejército? _____

Si es así, describa brevemente: _____

¿Qué tipo de descarga (separación) recibió? _____

Empleo

¿Estás empleado actualmente? _____

Si es así, el nombre del empleador: _____

¿Qué tipo de trabajo haces? _____

Historial de empleo (el mas reciente primero)

Tipo de trabajo	Fechas	Razón por la que se fue

¿Ha sido arrestado? _____

Si es así, describa: _____

¿Te identificas con alguna religión? _____

Si es así, ¿que religión? _____

¿En qué tipo de actividades sociales participas? _____

¿A quién recurre para que te ayuden con tus problemas? _____

¿Alguna vez ha sido abusado?

Verbalmente Emocionalmente Físicamente Sexualmente Descuidado

Por favor describa: _____

Iniciales: _____ FDN: _____

Abuso de Sustancias

Alcohol

¿Bebes alcohol? _____ Si es así, edad de primer uso _____
¿Cuánto alcohol bebes? _____
¿Con qué frecuencia bebes alcohol? _____
¿Te has emborrachado antes? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Te has emborrachado hasta que pierdes el conocimiento?__ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Alguna vez ha tenido tembleques? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? _____
¿Te ha molestado la gente al criticar tu consumo de alcohol o drogas? _____
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? _____
¿Alguna vez ha bebido o consumido drogas por la mañana para calmar los nervios o aliviar la cruda? ____
¿Usa tabaco? _____
Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Otras Drogas:

Por favor, indique para cada droga enumerada abajo

Droga	¿Has usado alguna vez?	¿Edad del primer uso?	¿Tiempo desde el ultimo uso?	Uso aproximado en los últimos 30 días
Marijuana				
Cocaína				
Crack (tipo de cocaína)				
Heroína				
Metanfetamina				
Éxtasis				

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre usted?

Iniciales: _____ **FDN:** _____

Escala de estrés de Holmes-Rahe

Lee cada uno de los eventos que se enumeran y **marque la casilla** junto a cualquiera que haya ocurrido en su vida **en los últimos dos años**. No hay respuestas correctas o incorrectas. El objetivo es identificar cuál de estos eventos ha vivido últimamente.

Evento de Vida	Valor de Puntos	
Muerte de esposo/a, pareja	100	
Divorcio	73	
Separación marital de la pareja	65	
Detención en una cárcel u otra institución	63	
Muerte de un familiar cercano	63	
Lesión o enfermedad personal importante	53	
Casamiento	50	
Despido laboral	47	
Reconciliación marital con la pareja	45	
Jubilación	45	
Cambio importante en la salud o la conducta de un familiar	44	
Embarazo	40	
Problemas sexuales	39	
Nuevo integrante en la familia	39	
Reajuste comercial importante	39	
Cambio importante del estado financiero	38	
Muerte de un amigo cercano	37	
Cambio de rubro laboral	36	
Cambio importante en la cantidad de discusiones con el cónyuge	35	
Tomar un hipoteca o préstamo	31	
Ejecución de una hipoteca o préstamo	30	
Cambio importante de las responsabilidades laborales	29	

Evento de Vida	Valor de Puntos	
Hijo o hija que deja la casa	29	
Problemas con parientes políticos	29	
Logro personal sobresaliente	28	
Cónyuge que empieza trabajar fuera de la casa o deja de hacerlo	26	
Comienzo o fin de la educación formal	26	
Cambio importante en las condiciones de vida	25	
Modificación de hábitos personales	24	
Problemas con el jefe	23	
Cambios importantes en las condiciones laborales o la cantidad de horas trabajadas	20	
Cambio de domicilio	20	
Cambio a una nueva escuela	20	
Cambio importante en el tipo y/o la cantidad de recreación habitual	19	
Cambio importante en la actividad relacionada con la iglesia	19	
Cambio importante en las actividades sociales	18	
Sacar un préstamo	17	
Cambio importante en los hábitos de sueño	16	
Cambio importante en la cantidad de reuniones familiares	15	
Cambio importante en los hábitos alimentarios	15	
Vacaciones	13	
Festividades importantes	12	
Violaciones menores de la ley	11	

Su puntaje total: _____

Iniciales: _____ FDN: _____