

Centro de Salud Mental

del Condado de
Johnson

Suite 130
6000 Lamar Ave.
Mission, KS 66202
(913)831-2550

NOR-ESTE
Suite 130
6000 Lamar Ave.
Mission, KS 66202
(913) 831-2550

SUROESTE
1125 W. Spruce
Olathe, KS 66061
782-2100(V/TDD)

HISTORIAL DE INFORMACION DE ADULTOS (Mayores de 18 Años)

Querido Amigo;

En las siguientes 3 páginas le pediremos información que nos ayudará a escoger a la persona que trabajará con usted, y le permitirá a su terapeuta a prepararse para su primera visita.

También se encargará de la mayor parte de la papelería requerida, así usted no tendrá que perder tiempo llenando formas cuando venga a sus citas.

Nuestro objetivo principal es el de ayudarle a mejorar y fortalecer su vida familiar. Todos enfrentamos, en alguna ocasión, situaciones que nos causan frustración, desaliento y la inhabilidad de enfrentarlas de un modo que nos puedan traer crecimiento y satisfacción. Llegamos a sentirnos confundidos, deprimidos, tensos, temerosos, y perder la autoestima en estos momentos de tensión.

Su terapeuta le ayudará a trabajar en metas para su tratamiento que pueden alcanzarse en unas cuantas visitas. Algunos problemas requieren mas de unas cuantas visitas, pero muchos se pueden resolverse rápidamente. Nosotros queremos proveerle el servicio que usted necesita, así que por favor sea lo mas honesto y directo posible con su terapeuta.

El tema sobre asuntos personales puede ser un poco incomodo y embarazoso al principio. Nosotros trataremos de ser lo más alentadores y reconfortantes posible y **mantendremos toda la información bajo estricta confidencia.**

Sinceramente,

Ronald D. McNish, Ph.D.
Director de Servicios Clínicos

Si necesita ayuda con esta forma por favor llame al Centro de Salud Mental para que lo asistan.

El Centro de Salud Mental del condado de Johnson prohíbe la discriminación, por razón de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad o impedimentos físicos, en el empleo y en proporcionar servicios.
A los individuos que requieren ayuda para la comunicación efectiva o tal vez tienen otras necesidades haga el favor de avisar al Centro de Salud Mental.

Información Confidencial

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo M F
(Nombre legal completo) Número de Seguro Social- Fecha de Nacimiento Edad

Dirección: _____
(Calle) (ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ Horas de trabajo: _____

Persona para contactar en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Por favor marque uno: Nunca me he casado Separado Divorciado Vuelto a casar Viudo Unión libre

Si es casado, ¿cuanto tiempo tiene de casado? _____ Nombre del cónyuge: _____ Apellido del anterior cónyuge o de soltera (Sólo si aplica) _____

¿Cuántos hijos tiene? ____ Nombre y fecha de nacimiento de los niños que viven con usted: _____

Educación – Título o Grado mas alto al que llegó? _____

Estado de empleo: Desempleado Medio Tiempo Tiempo Completo Retirado

Si esta empleado, ¿Qué tipo de trabajo desempeña? _____

¿Cual es su raza? Marque todas la que aplican: Blanco Negro/Afro-americano Nativo americano Asiático Islas del Pacífico Otro _____ ¿Es usted de origen latino o hispano? Sí No

¿Es usted un veterano de guerra? Sí No Si su respuesta es sí, ¿Lo refirió VA para tratamiento? – Sí No

¿Tiene una tarjeta para cuota del VA? Sí No

¿Tiene usted alguna incapacidad? Sí No Si su respuesta es sí, ¿cual es la incapacidad? _____

¿Tiene usted una tarjeta médica SRS? _____ Si su respuesta es sí, ¿Cuál es el número de su tarjeta? _____

¿Tiene usted cobertura de Medicare? _____ Si su respuesta es sí, ¿Cuál es el número de su tarjeta? _____

¿Tiene usted una tarjeta Federal de Black Lung? Sí No

La condición que lo trae aquí, ¿está relacionada a algún tipo de accidente? – Sí No

Si su respuesta es sí, el accidente fue en el trabajo De auto Herido en su propia casa Otro por favor explique _____

Nombre de la compañía aseguradora _____ Número de teléfono _____

Número de Grupo o Plan _____ Número de identificación _____

Nombre del asegurado _____ Numero de Seguro Social _____

Empleador del asegurado _____

Tiene usted una compañía de seguro secundaria Sí No Si su respuesta es sí, escriba el nombre de la compañía _____

Por favor, liste cualquier tratamiento de salud mental que haya recibido

<u>Donde</u>	<u>la Ciudad y Estado</u>	<u>Tipo de Tratamiento</u>	<u>mes y año</u>
_____	_____	_____	Desde _____ Hasta _____
_____	_____	_____	Desde _____ Hasta _____
_____	_____	_____	Desde _____ Hasta _____

¿Cómo supo del Centro de Salud Mental? _____

¿Qué problemas de salud tiene, si tiene alguno? _____

¿Qué enfermedades crónicas o severas y cirugías ha tenido y cuando?

¿Qué accidentes severos ha tenido, y cuando? _____

Nombre y Dirección del Médico de Cabecera:

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono _____

Calle: _____ Ciudad _____ Estado y Código Postal _____

¿El médico de cabecera le ha visto o revisado en los últimos 12 meses? Sí No

¿Se somete usted regularmente a pruebas de detección de salud preventivas? Sí No

Haga una lista de las medicinas con prescripción médica y auto-recetadas que usted ha tomado en los últimos 6 meses:

<u>Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Para qué problema?</u>	<u>¿Fue efectiva?</u>	<u>¿La está tomando ahora?</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Haga una lista de cualquier otra medicina que usted haya tomado para problemas emocionales o nerviosos:

<u>Medicina</u>	<u>Cuando</u>	<u>¿Quién dio la prescripción?</u>	<u>¿Para que problema?</u>	<u>¿Fue efectiva?</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Que medicinas le causan alergias? _____

¿Fuma cigarrillos? Sí No Con cuanta frecuencia _____ Cantidad _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? Sí No Con cuanta Frecuencia _____ Cantidad _____

Encierre en un círculo abajo cada tipo de droga que usted ha tomado en los últimos 12 meses:

Marihuana Estimulantes / aceleradores Cocaína/ Crack Alucinógenos / ácido calmantes / tranquilizantes Heroína Inhalantes

¿Ha sido alguna vez tratado por dependencia de alcohol o drogas? Si No Si su respuesta es sí: ¿Cuándo? _____

¿Con cuanta frecuencia bebe alcohol? Diariamente Semanalmente Con menos frecuencia

Participa actualmente en Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, Sí No .

¿Algún miembro de su familia tiene problemas de alcohol o drogas? Si No Si su respuesta es sí, ¿Cuál(es) miembro(s) de la familia? _____

PROBLEMAS Y TENSIONES NERVIOSAS

Por favor, describa los problemas que usted está experimentando _____

¿Alrededor de cuanto tiempo ha tenido estos problemas? _____

Por favor, describa ¿por qué se decidió a buscar ayuda ahora? _____

Abajo hay una lista de las tensiones comunes que pueden ocurrirle a cualquiera durante su vida. Cada una de estas podrían ser responsables de causar dificultades físicas y emocionales porque ellas envuelven cambios, y los cambios pueden causar tensiones. **Por favor marque cada situación que haya ocurrido en su vida durante los pasados 12 meses:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Muerte del cónyuge | <input type="checkbox"/> Muerte de un amigo cercano |
| <input type="checkbox"/> Separación marital | <input type="checkbox"/> Cambios respecto al número de discusiones maritales |
| <input type="checkbox"/> Encarcelamiento (usted o alguien cercano) | <input type="checkbox"/> Hipoteca o préstamo de más de \$10,000 |
| <input type="checkbox"/> Muerte de un familiar cercano | <input type="checkbox"/> Juicio hipotecario por hipoteca o préstamo |
| <input type="checkbox"/> Lesiones personales o enfermedad | <input type="checkbox"/> Cambio en las responsabilidades del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Casamiento | <input type="checkbox"/> Hijo o hija dejando el hogar |
| <input type="checkbox"/> Despido del trabajo | <input type="checkbox"/> Éxito personal excepcional |
| <input type="checkbox"/> Reconciliación marital | <input type="checkbox"/> Su cónyuge empieza o termina un trabajo |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Problemas con su jefe |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la salud de miembros de la familia | <input type="checkbox"/> Cambio en las horas o condiciones de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Cambio de residencia |
| <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales | <input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos de dormir |
| <input type="checkbox"/> Nuevos miembros a la familia | <input type="checkbox"/> Aumento en el número de reuniones familiares |
| <input type="checkbox"/> Cambios en los negocios | <input type="checkbox"/> Cambio en hábitos de comer |
| <input type="checkbox"/> Cambios en su estado financiero | <input type="checkbox"/> Violación menor de la ley |
| | <input type="checkbox"/> Cambios en el uso de alcohol u otras drogas |

¿Qué otros hechos importantes han ocurrido en su vida durante los últimos seis meses? _____

SATISFACCIONES

¿Cuántas relaciones buenas y cercanas tiene con los miembros de su familia y otros? _____

¿Cuántos amigos cercanos tiene usted? _____ ¿Cuáles son los logros por los cuales está más orgulloso? _____

¿Qué intereses y pasatiempos disfruta usted? _____

¿Cuánta satisfacción usted obtiene de su trabajo?: Mucha Alguna muy poca

¿Cuánta satisfacción obtiene de su familia?: Mucha Alguna muy poca