## Cuestionario de Admisión

*Este formulario fue traducido con la ayuda de un servicio de traducción. Agradecemos su comprensión si encuentra algún error o diferencia en la traducción.*

**Nombre del Paciente: _____**
**Fecha de Nacimiento: _____**

**Motivo(s) de Referencia Preocupación Principal:**

¿Ha recibido el/la paciente tratamiento por esta preocupación en el último año?
( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es ***sí***, indique los proveedores o servicios recibidos en los últimos 12 meses:

( ) Tratamiento Hospitalario
( ) Terapeuta Ambulatorio/a
( ) Psiquiatra
( ) Pediatra del Desarrollo
( ) Neurólogo
( ) Consejero Escolar
( ) Otro (especifique): _____

Describa la preocupación principal con más detalle:

---

**Síntomas Actuales** (marque todos los que correspondan):
( ) Tristeza, sentimientos de culpa o episodios de llanto
( ) Dificultad para concentrarse o iniciar tareas
( ) Hiperactividad, impulsividad o pensamientos acelerados
( ) Ansiedad, preocupación excesiva o ataques de pánico
( ) Cambios de humor o irritabilidad
( ) Pérdida de interés o retraimiento social
( ) Fatiga o dificultades para dormir
( ) Paranoia, desconexión de la realidad o alucinaciones
( ) Dificultad para manejar el estrés diario
( ) Dificultades para relacionarse con los demás
( ) Conductas de riesgo o uso de sustancias
( ) Cambios en el apetito o los hábitos alimenticios
( ) Ira, agresión u hostilidad
( ) Pensamientos suicidas, autolesiones o pensamientos intrusivos de muerte
( ) Cambios en el deseo sexual (si corresponde)
( ) Otro (especifique): _____

**Historia del Desarrollo y Médica**

**Hitos del Desarrollo** – ¿Se cumplieron a tiempo los primeros hitos del desarrollo (por ejemplo, caminar, hablar, control de esfínteres)?
[ ( )Sí ( )No ]
Si la respuesta es “No”, por favor explique**:**

**Condiciones Médicas Significativas** – Incluya cualquier lesión congénita, enfermedad grave, discapacidad o fractura. Indique la fecha del diagnóstico o incidente y el estado actual de la condición.

- Condición:

- Fecha de Diagnóstico/Incidente:

- Estado Actual:
  ( )En curso ( ) Resuelto

- Notas:
  (Repita los campos según sea necesario)

**Condiciones Médicas Moderadas** – Incluya alergias, sensibilidades sensoriales o problemas de salud crónicos pero manejables. Indique la fecha en que se identificaron y el estado actual.

- Condición:

- Fecha de Diagnóstico/Incidente:

- Estado Actual:
  ( )En curso ( ) Resuelto

- Notas:
  (Repita los campos según sea necesario)

**Discapacidades** – Indique cualquier discapacidad auditiva o visual que debamos conocer. Esta información es importante para todos nuestros servicios y especialmente relevante para las evaluaciones, ya que algunas incluyen componentes visuales o auditivos (por ejemplo, colores, sonidos o percepción de profundidad).

- Condición:

- Fecha de Diagnóstico/Incidente:

- Estado Actual:
  ( )En curso ( ) Resuelto

- Notas:
  (Repita los campos según sea necesario)

**Cirugías Mayores** – Enumere cualquier cirugía mayor, pasada o planificada. Incluya fechas y detalles relevantes.

- Cirugía:

- Fecha:

- Estado Actual:
  ( )En curso ( ) Resuelto

- Notas:
  (Repita los campos según sea necesario)

**Otra Historia Médica Relevante** – Incluya cualquier información adicional que pueda ser importante para la evaluación o el tratamiento. Descripción:

**Historia Familiar y Social**
**¿Quién vive actualmente en el hogar?**
Incluya nombres, edades y relación con el/la paciente:

**Lugar de nacimiento del/de la paciente (ciudad y estado):**

**Lugares donde ha vivido el/la paciente (ciudad, estado y duración):**

Idiomas hablados en el hogar:

¿Cómo se relaciona el/la paciente con los demás (por ejemplo, habilidad para hacer amigos, mantener relaciones sociales, llevarse bien con la familia)?

Actividades e intereses que disfruta el/la paciente:

Por favor, complete las siguientes preguntas de historia familiar y social, si corresponde, según la edad y circunstancias del/de la paciente:

Cuidador(es) principal(es):

Participación en programas de cuidado infantil o actividades extracurriculares:

¿Los padres del/ de la paciente estan actualmente casados?
( ) Sí ( ) No

– Edad al momento de la separación:

– Acuerdo de custodia o visitas (si corresponde):

– ¿Alguno de los padres se volvió a casar? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es **sí**, indique qué padre/madre y la edad:

**Estado Civil (para pacientes adultos):**
( ) Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viudo(a) ( ) Otro: _____

Si corresponde:

Fecha de Matrimonio: _____
Fecha de Divorcio: _____
Número de Matrimonios Previos: _____

¿El/la paciente tiene hijos?
( ) Sí ( ) No
Si la respuesta es **sí**, describa la relación y liste las edades de los hijos:

¿Participa el/la paciente en alguna religión o grupo espiritual?

¿El/la paciente ha tenido alguna vez problemas legales o arrestos?
( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es **sí**, ¿cuándo y por qué?:

**Historia de Salud Mental y Psiquiátrica**

¿Evaluaciones psiquiátricas previas?

( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, indique tipo, proveedor/agencia y fecha:

¿Diagnósticos previos?

( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, indique diagnóstico, proveedor y fecha:

¿Tratamiento psicológico/psiquiátrico previo?

( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, indique proveedor/agencia, fechas y tipo de tratamiento:

¿Experiencias traumáticas?

( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, indique fecha(s) y proporcione detalles adicionales:

Historia Familiar de condiciones psiquiàtricas:

Incluya Relación y diagnóstico (por ejemplo, "hermana - depresión").

**Medicamentos Actuales**

Liste todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo **nombre completo, dosis, prescriptor, fecha de inicio y motivo de uso**: Nombre del medicamento::

Dosis:

Prescriptor:

Fecha de Inicio:

Motivo/uso clínico:

(Repita los campos según sea necesario)

**Medicamentos Tomados en el Último Año (Ya No Recetados)**

Incluya nombre, dosis, prescriptor, fechas de uso y motivo de la suspensión o interrupción.

Nombre del medicamento:

Dosis:

Prescriptor:

Fechas de use:

Motivo de la Suspensión/interrupción:

(Repita los campos según sea necesario)

**Uso de Sustancias e Historia Sexual** (complete según corresponda al/la paciente)

¿El/la paciente ha consumido alguna vez alguna de las siguientes sustancias? (Marque todas las que correspondan)

( ) Alcohol
( ) Tabaco (cigarrillos, cigarros)
( ) Vapes/cigarrillos electrónicos (nicotina o THC)
( ) Marihuana (incluyendo comestibles o vapes)
( ) Medicamentos recetados no prescritos al/la paciente(por ejemplo, Xanax, Adderall)
( ) Medicamentos de venta libre para drogarse (por ejemplo, jarabe para la tos, Benadryl)
( ) Comestibles o gomitas con THC o CBD
( ) Drogas ilegales o de alto riesgo (por ejemplo, cocaína, fentanilo, heroína, metanfetaminas)
( ) Otras sustancias (especifique): _____

Si la respuesta es sí a cualquiera, proporcione detalles (fechas, frecuencia, contexto):

**¿Ha recibido tratamiento por uso de sustancias?**( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, proporcione fechas y detalles:

**¿Ha hecho uso indebido de medicamentos recetados?**( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles?:

Uso actual de sustancias o comportamientos relacionados:

Fuma cigarrillos/vapea? ( ) Sí ( ) No Si la respuesta es sí, ¿cuántos por día?: _____
Bebe bebidas con cafeína? ( ) Sí ( ) No Si la respuesta es sí, ¿cuántas por día?: _____

Participa en actividad sexual (no incluye relaciones sexuales)
( ) Sí ( ) No

Mantiene relaciones sexuales
( ) Sí ( ) No

Participa en actividad sexual (no incluye relaciones sexuales) ( ) Sí ( ) No
Mantiene relaciones sexuales ( ) Sí ( ) No

---

**Historia Educativa y Vocacional**
Escuela/Empleador Actual:

Nivel Escolar Actual o Más Alto Alcanzado:

Tipo de Escuela (si corresponde):
( ) Pública ( ) Privada ( ) Charter ( ) Especializada ( ) Otro: _____

¿Alguna vez ha repetido o adelantado un grado? ( ) Sí ( ) No

Si la respuesta es sí, explique:

¿Recibe actualmente (o recibió en el pasado) servicios de educación especial?
( ) Sí ( ) No
Si la respuesta es sí, especifique los servicios recibidos (por ejemplo, ICT, SETSS, OT, PT, Terapia del Habla):

Si la respuesta es sí, ¿tiene/tuvo un Programa Educativo Individualizado (IEP) o un Plan 504?
( ) IEP ( ) Plan 504 ( ) Otro
Fecha del IEP/Plan 504 más reciente: _____

¿Ha sido evaluado/a alguna vez con pruebas educativas o neuropsicológicas?
( ) Sí ( ) No
Si la respuesta es sí, proporcione fecha, proveedor y tipo de evaluación:

¿Se han identificado dificultades o discapacidades de aprendizaje?
( ) Sí ( ) No
Si la respuesta es sí, explique:

¿Recibe apoyo académico o tutorías fuera de la escuela (si corresponde)?
( ) Sí ( ) No
Si la respuesta es sí, describa:

¿Cómo suele ser en la escuela (académica y socialmente)?:

¿Ha tenido problemas relacionados con la escuela (por ejemplo, rechazo escolar, suspensiones, acoso, problemas de asistencia)?
( ) Sí ( ) No
Si la respuesta es sí, explique:

¿Está empleado/a? (para adolescentes mayores/adultos)
Empleador y Ocupación (si corresponde):

Gracias por completar este formulario.
¿Hay algo más que le gustaría compartir que pueda ayudarnos a comprender mejor las necesidades del/de la paciente?