PSYCHOSOMATIC INSTITUTE OF SAN ANTONIO

Información Clínico

**Nombre:**  **Fecha de nacimiento:**

**Razón por su visita:** \_

**Historial médico pasado:**¿Sufre o ha sufrido en el pasado de: (por favor, circule Sí o No)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parkinson’s | Si No | Convulsiones | Si No | Colesterol alto | Si No |
| Esclerosis múltiple | Si No | Glaucoma | Si No | Enfermedad de la tiroides | Si No |
| Lesión en la cabeza | Si No | Cáncer | Si No | Artritis | Si No |
| Cefaleas | Si No | Hipertensión | Si No | Fibromialgia | Si No |
| Golpe | Si No | Diabetes | Si No | Gastritis | Si No |
| Deshabilitado | Si No | |  |  | | --- | --- | | Dolor crónico |  | | Si No | |  |  | | --- | --- | | Problemas pulmonares |  | | Si No |

**Por favor, enumere el nombre de sus médicos y su información si está disponible:**

Médico de atención primaria: Otros por especialidad:

**Enumere las hospitalizaciones o cirugías anteriores:**

**Antecedentes psiquiátricos pasados:**

Tratamientos previos Si No Con otro psiquiatra Si No En terapia Si No Anteriormente en terapia Si No

**Alguna vez hospitalizado por una condición psiquiátrica**: Si No  Si sí, ¿cuántas veces?

**¿Cuándo y dónde fueron las primeras y las últimas hospitalizaciones:**

**Estado civil:** Soltero Casado(\_\_veces) Divorciado(\_\_veces) Separado Viuda(\_\_veces)

**Nombre y relación de las personas que viven con usted ahora:**

**Consumo de nicotina:** actualmente: Si No frecuencia

**Consumo de alcohol:** actualmente: Si No frecuencia

**Consumo de drogas:** actualmente: Si No frecuencia

Uso pasado: Si No ¿cuándo paraste?

Uso pasado: Si No ¿cuándo paraste?

Uso pasado: Si No ¿cuándo paraste?

**Otros problemas adictivos**(pastillas, juegos de azar, videojuegos, pornografía, etc.):Si No

**Problemas legales en el pasado**: Si No Describe:  **Problemas legales actuales**: Si No Describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Nivel superior de educación?** **¿Problemas en la escuela?** Si No

**Ocupación actual (título)** **Lugar de trabajo**: **¿Practicas una religión?** Si No Describe: \_ **¿Tienes afiliación a alguna iglesia?** Si No Describe: **¿Cuál fue tu experiencia espiritual en la niñez?**

**¿Alguien en su familia sufrió, diagnosis o tratado por una condición psiquiátrica?** Si No

**Padres vivos:** Si No Motivo de su muerte:

**Número de hermanos**: ¿Hermanos enfermos o fallecidos? Si No Si sí, ¿Razón?

**Alergias a medicamentos y reacciones:**

**¿Está teniendo síntomas generales de salud ahora? Si es así, describa:**

**Por favor, enumere todos los medicamentos que toma y las dosis:**

**Farmacia que normalmente usa:**

Nombre: Dirección:

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

**Medicamentos anteriores: (por favor, haga un círculo si los ha tomado en el pasado. Anote la dosis y el tiempo aproximado de toma)**

Anafranil (clomipramine) Celexa (citalopram) Cymbalta (duloxetine) Desyrel (trazodone) Effexor (venlafaxine) Elavil (amitriptyline) Emsam (selegiline) Fetzima (levomilnacipram) Lexapro (escitalopram) Luvox (fluvoxamine) Marplan (isocarboxazid) Nardil (phenelzine) Norpramin (desipramine)

Nuedexta (dextrometorphan/quinine) Pamelor (Nortriptyline)

Parnate (tranylcypromine) Paxil (paroxetine)

Pristiq (desvenlafaxine) Prozac (fluoxetine) Remeron (mirtazapine) Savella (milnacipram) Serzone (nefazodone) Sinequan (doxepin) Tofranil (imipramine) Trintellix (bortioxetine) Viibryd (vilazodone) Vivactil (protriptyline) Wellbutrin (bupropion) Zoloft (sertraline)

Lithium carbonate Depakote (valproic acid) Lamictal (lamotrigine)

Tegretol (carbamazepine) Topamax (topiramate) Trileptal (oxcarbazepine)

Abilify (aripiprazole) Clozaril (clozapine) Fanapt (iloperidone) Geodon (ziprazidone) Haldo (haloperidol) Invega (paliperidone) Latuda (lurasidone) Mellaril (thioridazine) Navane (thiothixene) Orap (pimozide) Perphenazine

Prolixin (fluphenazine) Rexulti (brexpiprazole) Risperdal (risperidone) Saphris (asanepine) Seroquel (quetiapine) Stelazine (trifluoperazine) Triavil

Thorazine (chlorpromazine) Vraylar (Cariprazine) Zyprexa (olanzapine)

Ambien (zolpidem) Ativan (lorazepam) Belsomra (suvorexant) Buspar (buspirone) Dalmane (flurazepam) Klonopin (clonazepam) Lunesta ( Eszopiclone)

Restoril (temazepam) Rozerem (ramelteon) Sonata (zaleplon) Xanax (alprazolam) Halcion (triazolam) Serax (oxazepam) Vystaryl (hydroxyzine)

Adderall (XR) (amphetamine mix) Armodafinil (nuvigil)

Concerta (methylphenidate) Daytrana (methylphenidate) Dexedrine (dextroamphetamine) Evekeo (amphetamine)

Focalin (dexmethylphenidate) Metadate (methylphenidate) Mydayis (amphetamine mix)

Phentermine Provigil (modafinil)

Ritalin (methylphenidate) Strattera (atomoxetine) Vyvanse (lisdexamphetamine Aricept (donepezil

Exelon (rivastigmine) Namenda (memantine) Reminyl (galantamine)