



**Departamento de Psiquiatría**  
**CUESIONARIO DE ANTECEDENTES**  
**MÉDICOS DEL PACIENTE**  
*PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE*

Con el fin de atenderlo mejor, es importante que todo paciente complete el siguiente cuestionario antes de venir. Esta información nos ayudará a entenderlo(a) mejor y cómo ayudarlo(a). Haga su mejor esfuerzo. Sin embargo, si no sabe cómo contestar una pregunta o decide no responderla, puede dejarla en blanco. *In order to best assist you, it is important that you complete the following questionnaire prior to your initial consultation. This information will help us better understand you and how we can help. Do the best you can. However, if you do not know how to answer a question or choose not to answer it, you may leave it blank.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Name Age Today's Date*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
*Date of Birth Sex Race Religion*

Números de teléfono: De la casa: \_\_\_\_\_ Del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
*Telephone Numbers Home Work Cell*

Estado Civil (indique todo lo que corresponda) *Marital Status (check all that apply):*

<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <i>Never married</i>	<input type="checkbox"/> Actualmente viudo/a <i>Currently widowed</i>
<input type="checkbox"/> Actualmente casado o viviendo con su pareja <i>Currently married or living with a partner</i>	<input type="checkbox"/> Actualmente divorciado <i>Currently divorced</i>

Número total de matrimonios (incluyendo el actual) *Total number of marriages (including current):* \_\_\_\_\_

Duración de la relación actual *Length of current relationship:* \_\_\_\_\_

Educación (grados completados/título) *Education (highest grade/degree):* \_\_\_\_\_

Ocupación actual *Current Occupation:* \_\_\_\_\_

Empleador *Employer:* \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva en el trabajo actual *Length of time at current job:* \_\_\_\_\_

¿Está actualmente involucrado en un proceso de discapacidad relacionado con el trabajo o la salud?  Sí Yes  No  
*Are you currently involved in any work or health-related disability process?*

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? *Have you served in the United States Armed Forces?*  
 Sí Yes  No Si as así, indique las fechas *If yes, dates:* \_\_\_\_\_

Describa en sus propias palabras el/los problema(s) o la(s) dificultad(es) principal(es) que le están produciendo angustia en este momento *Describe in your own words the major problem(s) or difficulties causing you distress at this time:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué suceso en particular le llevó a buscar servicios de salud mental ahora? *What specific event led you to seek mental health services now?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En este momento, ¿cuáles son sus necesidades específicas para el tratamiento? ¿Qué ayuda espera recibir?  
*What are your specific needs for treatment at this time? What help are you hoping to receive?*

---

---

Por favor, indique sus puntos fuertes y recursos personales que le ayudan a sobrellevar el estrés (p. ej., el apoyo familiar, condiciones de vida estables, educación, fe, respuesta anterior al tratamiento, etc.) *Please list your personal strengths and resources that help you cope with stress (e.g., family support, stable living situation, education, faith, prior response to treatment, etc):*

---

---

Por favor, indique cualquier dificultad que tenga para poder asistir de forma regular a sus citas de tratamiento programadas. (p. ej., horario del trabajo, cuidado de niños, transporte, etc.) *Please list any difficulties with being able to regularly attend scheduled treatment appointments (e.g., work schedule, childcare, transportation, etc):*

---

---

## **ESTADO MÉDICO** *MEDICAL STATUS*

Doctor de cabecera *Primary Care Doctor:* \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica de su doctor de cabecera *Name of Primary Care Clinic:* \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos está tomando ahora? Por favor, indíquelos abajo, incluyendo la razón por la cual toma el medicamento y el tiempo que lleva tomándolo (es útil que nos dé la dosis si la conoce.) *What medications are you taking now? Please list below, including reason for medication and length of time taken (dosage is helpful if known):*

---

---

---

---

Por favor, indique cualquier alergia a medicamentos *Please list any medication allergies:* \_\_\_\_\_

---

---

¿Cómo fue su salud **durante su infancia y adolescencia**? (Por favor, marque una)  
*How was your health **during childhood and adolescence**? (Please check)*

Excelente *Excellent*     Buena *Good*     Regular *Fair*     Mal *Poor*     Pésima *Very Poor*

**Durante los últimos 6 meses**, usted diría que su salud ha sido: (Por favor, marque una)  
*In the last 6 months, would you say your health is: (Please check)*

Excelente *Excellent*     Buena *Good*     Regular *Fair*     Mal *Poor*     Pésima *Very Poor*

Por favor, indique las enfermedades graves, accidentes, lesiones o cirugías que ha tenido en el pasado y su edad en ese momento. Por favor, incluya las enfermedades importantes que tiene actualmente *Please list any serious illnesses, accidents, injuries or surgeries in the past and your age at the time. Please list current significant illnesses:*

---

---

---

## HISTORIAL FAMILIAR *FAMILY HISTORY*

Por favor, indique todos los miembros que viven en su hogar actual. Si tiene hijos que no viven en su hogar en este momento, por favor inclúyalos también, indicando que ya no viven en el hogar. *Please list all individuals living in your current household. If you have children who do not live in your household at this time, please list them as well, indicating that they no longer live in this household.*

<b>Nombre</b> <i>Name</i>	<b>Parentesco</b> <i>Relationship</i>	<b>Edad</b> <i>Age</i>	<b>Sexo</b> <i>Sex</i>

Por favor, indique todos los miembros de su familia de origen, es decir la familia en la que creció. (Si esto es idéntico a lo anterior, por favor omita esta sección.) *Please list all members of your family of origin; that is the family in which you grew up (if this is identical to the above, please omit this section).*

<b>Nombre</b> <i>Name</i>	<b>Parentesco</b> <i>Relationship</i>	<b>Edad</b> <i>Age</i>	<b>Sexo</b> <i>Sex</i>	<b>Si falleció, indique la edad, la causa de la muerte, y la edad que usted tenía cuando murió el pariente</b> <i>If deceased, give age, cause of death, and your age at the time of relative's death</i>

Por favor, indique en esta sección a las personas que son bastante importantes para usted, que pueden estar o no viviendo en su hogar y explique su relación con ellos (p. ej., abuelo, amigo, etc.) *Please list in this section individuals who are quite important to you, who may or may not be living in your current household. Please describe their relationship to you (e.g., grandparent, friend, etc):*

---



---

Por favor, indique separaciones importantes de sus padres o tutores legales y cambios de padres o tutores legales. (p. ej., se fue a vivir con familiares, cuidados de acogida (Foster care), etc.) *Please indicate major separations from your parents or guardians and changes in parents or guardians (e.g., went to live with relatives, foster care, etc)*

<b>Edad</b> <i>Age</i>		<b>Vivió con</b> <i>Lived With</i>	<b>Razón del cambio o la separación</b> <i>Reason for change or separation</i>
<b>De</b> <i>From</i>	<b>Hasta</b> <i>To</i>		

¿Ha sufrido usted negligencia, abuso físico o sexual? Si es así, ¿por quién y qué edad(es) tenía usted?  
*Have you been neglected, physically or sexually abused? If yes, by whom and at what age(s) were you?*

---

## CONSUMO DE SUSTANCIAS *SUBSTANCE USE*

¿Con qué frecuencia usa las siguientes sustancias? <i>How often do you use the following substances?</i>					
	<b>Nunca</b> <i>Never</i>	<b>Diariamente</b> <i>Daily</i>	<b>Varias veces a la semana</b> <i>Several times per week</i>	<b>Varias veces al mes</b> <i>Few times per month</i>	<b>Varias veces al año</b> <i>Few times per year</i>
<b>Alcohol</b> <i>Alcohol</i>					
<b>Marihuana</b> <i>Marijuana</i>					
<b>Otras drogas</b> <i>Other drugs</i>					
<b>Por favor, indique otras drogas</b> <i>Please list other drugs:</i>					

¿Le ha preocupado que use demasiado algunas de estas sustancias?  Sí *Yes*  No  
*Have you been concerned that you use any of these substances too much?*

¿Ha expresado alguna persona de confianza preocupación acerca de su consumo?  Sí *Yes*  No  
*Has anyone close to you expressed concern about your use?*

¿Ha tenido problemas relacionados con su consumo  Sí *Yes*  No  
 (p. ej., problemas de la salud, conflictos familiares, problemas legales, ha manejado mientras está intoxicado)?  
*Have you had any problems associated with your use (e.g., health problems, family conflict, legal problems, OWI)?*

¿Usted u otras personas han tenido preocupaciones acerca de su consumo de medicamentos recetados?  
*Have you or others had concerns about your use of prescription drugs?*  Sí *Yes*  No

¿Ha recibido tratamiento debido a problema con el alcohol/las drogas?  Sí *Yes*  No  
*Have you been in treatment for an alcohol/drug issue?*

<b>Fecha(s) del tratamiento</b> <i>Date(s) of treatment</i>	<b>Ubicación/ Nombre de la Clínica</b> <i>Location / Name of Clinic</i>

¿Con qué frecuencia consume cafeína? (p. ej., café, te, refrescos, bebidas energéticas, u otros productos con cafeína?)  
*How often do you use caffeine (e.g., coffee, tea, soda, energy drinks, or other caffeinated products)?*

Nunca *Never*  Diariamente *Daily*  Varias veces a la semana *Several times per week*

Varias veces al mes *Few times per month*  Varias veces al año *Few times per year*

¿Fuma cigarrillos? *Do you smoke cigarettes?*  Sí *Yes*  No  Ex-fumador *Ex-smoker*  
 Está intentando dejar de fumar *Trying to quit*

¿Ha tenido alguno de **sus familiares** un problema con el alcohol o las drogas? (Por favor, indíquelo)  
*Have any of your relatives ever had any alcohol or drug problems? (Please list)*

<b>Parentesco con usted</b> <i>Relationship to you</i>	<b>Tipo de problema (si se sabe)</b> <i>Type of problem (if known)</i>

## HISTORIAL PSIQUIÁTRICO *PSYCHIATRIC HISTORY*

¿Ha visto alguna vez a un consejero o a algún profesional médico debido a un problema emocional? *Have you ever seen a counselor or any healthcare professional for an emotional problem?*

Sí Yes  No Si es así, favor complete lo siguiente *If yes, please complete the following:*

<b>Fechas de Tratamiento</b> <i>Dates of Treatment</i>	<b>Diagnóstico/razón para el tratamiento</b> <i>Diagnosis/reason for treatment</i>	<b>Nombre del proveedor y/o la institución (clínica, hospital, etc.)</b> <i>Name of provider and/or institution (clinic, hospital, etc.)</i>	<b>Nombre de cualquier medicamento usado</b> <i>Name of any medication used</i>

¿Ha tenido alguna vez ideas de suicidio? *Have you ever been suicidal?*  Sí Yes  No

Si es así ¿intentó suicidarse? *If yes, was there an attempt?*  Sí Yes  No

¿Ha tenido alguno de **sus familiares** problemas psiquiátricos? (Por favor, indíquelos)  
*Have any of your relatives had any psychiatric problems? (Please list)*

<b>Su parentesco</b> <i>Relationship to you</i>	<b>Tipo de Problema (si se sabe)</b> <i>Type of problem (if known)</i>

¿Ha habido algún miembro de su familia con ideas suicidas? *Has any family member ever been suicidal?*  Sí Yes  No

Si es así, ¿intentó suicidarse? *If yes, was there an attempt?*  Sí Yes  No

## HISTORIAL LEGAL *LEGAL HISTORY*

¿Ha sido arrestado alguna vez o ha estado involucrado en alguna dificultad legal?  Sí Yes  No  
*Have you ever been arrested or involved in any legal difficulties?*

Si es así, por favor explíquelo *If yes, please explain:*

---

---

¿Tiene alguna preocupación sobre cómo controlar su ira/enojo?  Sí Yes  No Si es así, por favor explíquelo :  
*Do you have any concerns about managing your anger? If yes, please explain:*

---

---

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil