



More MH Counseling  
Make More Happen

## EVALUACIÓN INTEGRAL PARA ADULTOS

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Información del cliente:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad - Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Hembra \_\_\_\_\_

**Contacto:**

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Método preferido de la comunicación: Casa \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Preferencias especiales? (Dejar mensajes, texto, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Circle forma preferida de tratamiento:**

Persona individual en el Hogar \_\_\_\_\_ Oficina individual \_\_\_\_\_ Consejos  
en grupo \_\_\_\_\_

Ayuda Teléfono de correo electrónico \_\_\_\_\_ Email / soporte telefónico \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus razones para solicitar los servicios de orientación en este momento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fuente de referencia: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema discapacidades, limitación o salud física que conoces? \_\_\_\_\_

Problemas de transporte: (disponibilidad, accesibilidad) \_\_\_\_\_

### **Información sobre el seguro de salud**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado principal: \_\_\_\_\_

Identificación de suscriptor#: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

### **Personal**

Médico de atención primaria Nombre y Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria Dirección: \_\_\_\_\_

Hx médico de atención primaria la prescripción de medicinas psiquiátricas? \_\_\_\_\_

Actual o HX de la medicación psiquiátrica?(Qué tipo, para qué, dosis, frecuencia, duración, conformidad): \_\_\_\_\_

Fecha última toma: \_\_\_\_\_

Nombre prescriptor psiquiátrica: \_\_\_\_\_

Dirección prescriptor psiquiátrica: \_\_\_\_\_

### **Historia de la Salud Mental**

Diagnóstico de Salud Mental Hx: \_\_\_\_\_

El tratamiento ambulatorio Hx: (¿Dónde, cuándo, por qué, HX cumplimiento, el diagnóstico HX) \_\_\_\_\_

HX exitosa de MH TX?  
\_\_\_\_\_

HX unsuccessful de MH TX?  
\_\_\_\_\_

Los objetivos actuales de la terapia  
\_\_\_\_\_

Psiquiátrica Hx hospitalización:  
\_\_\_\_\_

Intento de suicidio Hx: (factores de estrés)  
\_\_\_\_\_

La autolesión Hx:  
\_\_\_\_\_

HX familiares de intentos de suicidio:  
\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor anterior y Fechas de servicio de salud mental:  
\_\_\_\_\_

Violencia Hx: (infantil, adolescencia, adultos)  
\_\_\_\_\_

Familia Hx de problemas de salud mental:  
\_\_\_\_\_

La historia del desarrollo: (problemas mentales o físicas)  
\_\_\_\_\_

Trauma Historia: (, abuso sexual físico, emocional)  
\_\_\_\_\_

Recientes cambios de vida o acontecimientos estresantes?  
\_\_\_\_\_

Promedio de horas de sueño: (pesadillas / escenas retrospectivas)  
\_\_\_\_\_

Promedio de horas de ejercicio:  
\_\_\_\_\_

alteraciones del apetito:  
\_\_\_\_\_

**Abuso de Sustancias Hx:**(¿Cuántas, cuántas veces, la última utilización - inicio)

Alcohol:  
\_\_\_\_\_

Heroína: \_\_\_\_\_  
Cocaína: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

Detox Hx: \_\_\_\_\_

La interrupción en el funcionamiento actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Familia Hx de Abuso de Sustancias: \_\_\_\_\_

¿Usted está buscando para hacer cualquier cambio relacionado con el abuso de sustancias? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Profesional**

Más alto grado de Educación: \_\_\_\_\_

Educación especial: \_\_\_\_\_

Discapacidades del desarrollo: \_\_\_\_\_

Estado actual Ocupacional (a tiempo completo, a tiempo parcial, en paro, la escuela): \_\_\_\_\_

Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Nivel de Satisfacción: \_\_\_\_\_

Fortalezas para el empleo: (licencia de conducir, habilidades de resolución de problemas, la motivación, las habilidades de la lista de trabajo, historial de trabajo, habilidades de comunicación) \_\_\_\_\_

Obstáculos para el empleo: (interfiriendo síntomas psiquiátricos, limitaciones físicas, la motivación, transporte, habilidades de comunicación) \_\_\_\_\_

### **Las relaciones sociales / Soporte**

Las actividades recreativas o intereses sociales: (estructurada, nivel por iniciativa propia, independiente frente a grupo, de la participación, abuso de sustancias) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

apoyos sociales de apoyo: (pareja, familia, amigos, deportes, organizaciones religiosas) \_\_\_\_\_

Problemas / La interrupción en el funcionamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Metas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Estado familiar

Estado civil: Relación sola Comprometido Casado Separado Divorciado  
Vive en su hogar actual: \_\_\_\_\_

Índice de satisfacción con la vivienda actual: \_\_\_\_\_

¿Estado civil? \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría esta relación? \_\_\_\_\_

Brevemente describa familia, hermanos, lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene hijos? (Edad, Sexo, educación, relación, custodia, manutención infantil

familiar física / problemas mentales que influyen en la salud mental?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La violencia doméstica Hx: \_\_\_\_\_

Problemas / objetivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Estatus legal

El encarcelamiento Hx: (libertad condicional, libertad condicional, cárcel / hora Estado) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado actual: (libertad condicional, libertad condicional, órdenes, fechas de corte, la inmigración) \_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido condenado por un delito sexual? \_\_\_\_\_

Objetivos / Temas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Círculo si está relacionado con la razón o la búsqueda de asesoría de salud mental en este momento:**

Memoria	Comportamiento perturbador	Dependencia de drogas	Infelicidad	Aislamiento social
Timidez	Problemas financieros	Auto lastimarse	Educación	Asuntos legales
El	Alteración del sueño	Insomnio	Indeciso	Dolor

consumo de drogas				
Enfado	Los pensamientos molestos	Inferioridad	Empoderamiento	Soledad
Estrés	Los problemas con la ira	Problemas de salud	pesadillas	crianza de los hijos
Preocupación	Problemas con la autoridad	Control de peso	Dolor crónico	Divorcio / independiente
Actitud	Fatiga / Cansancio	Recelo	Soledad	trastorno de estrés postraumático
temores	Los problemas sexuales	Baja autoestima	Educación	Auto control
Culpa	Pobre concentración	Cambios de humor	Imagen corporal	Aislamiento social
Trabajo	Problemas domesticos	Prob reproductiva	Relación	Asertividad
Familia	La tristeza / depresión	Pensamientos suicidas	Las transiciones de la vida	LGBT
Adiccion	Impulsividad	Relaciones familiares	Encarcelamiento	Acoso

### Los síntomas

#### *Comportamiento*

- Actuando de manera extraña. abandono.
- El intento de pérdida de peso. multitudes.
- Buscando atención.
- Discutir con los demás.
- temiendo trabajo.
- Rechazando afecto. seres queridos.
- No ofrecer afecto.
- No escuchar a los demás.
- No permanecer en la pista.
- Dificultad para esperar turno.
- Comprobación / recuento (ritual).
- ejercicio excesivo
- Agitarse mucho.
- objetos acaparamiento.
- Iniciar peleas.
- Perder cosas.
- Mostrando inflexibilidad. desesperanza / indefensa.
- Ser perfeccionista.
- Tomar riesgos.

#### *temores*

- Ante el temor de
- Por temor a las
- Ante el temor de morir.
- Por temor a la vergüenza.
- Por temor a aumentar de peso.
- Ante el temor de perder sus

#### *Sentimientos*

- Sensación de agitación.
- Sentirse enfadado.
- Sentirse ansioso.
- Sentirse cohibido.
- Sintiéndose engreído.
- Sentirse deprimido.
- Sentirse indeciso.
- Sentirse confundido.
- Sentimiento de
- La falta de autoestima.
- Sintiéndose mal humor.

\_\_\_ Sorprendente facilidad.  
Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sentirse inestable.  
Otro: \_\_\_\_\_

*interpersonal*

\_\_\_ Tener apoyos sociales pobres.  
\_\_\_ Sentirse fácilmente influenciado.  
muscular.  
\_\_\_ A falta de amigos.

*pensamientos*

día.  
\_\_\_ cosas olvido.  
enérgico.  
\_\_\_ Tener delirios.  
\_\_\_ Tener pensamientos erráticos.  
apetito.  
\_\_\_ Tener pensamientos intrusivos.  
\_\_\_ Tener la paranoia.  
sueño.  
\_\_\_ Tener pensamientos rápidos.  
demasiado.  
\_\_\_ Al oír voces que no existen.  
\_\_\_ A falta de foco.  
\_\_\_ A falta de motivación.  
\_\_\_ A falta de organización.  
\_\_\_ Obsesionarse con simetría  
\_\_\_ Ver las cosas no existen.  
\_\_\_ Pensando en la muerte.  
\_\_\_ Preocuparse por la salud.  
Otro: \_\_\_\_\_

*Síntomas físicos*

\_\_\_ Sintiendo escalofríos.  
\_\_\_ Sintiendo la tensión  
\_\_\_ Sentir náuseas.  
\_\_\_ Sentirse inquieto.  
\_\_\_ Somnoliento durante el  
\_\_\_ Sentirse demasiado  
\_\_\_ Sentirse muy cansado.  
\_\_\_ Ganando el  
\_\_\_ Ganando peso.  
\_\_\_ Necesitando poco  
\_\_\_ Dormir  
\_\_\_ Dormir muy poco.  
\_\_\_ Transpiración.  
\_\_\_ Respiración rápida.  
\_\_\_ Ataques de pánico.

**Impresión Clínica 1:** \_\_\_\_\_

**Impresión Clínica 2:** \_\_\_\_\_

**Impresión Clínica 3:** \_\_\_\_\_

**Impresión Clínica 4:** \_\_\_\_\_

**Información Adicional:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma clínico:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

