



THE LAKEWOOD GROUP, LLC

Mental Health Services

2237 Ridge Road • Suite 101 • Rockwall, Texas 75087-5161
(972) 771-3969 • Fax: (972) 771-8258
www.lakewoodgroup.net

Robert F. Mehl, III, Ph.D. & Associates, LLC
Robert F. Mehl, III, Ph.D.
H. Michael Cunningham, Ph.D.
Christine M. Gonzalez, Ph.D., LSSP
Johnathan L. Fowler, Ph.D.
Michael K. Johnson, Ph.D.
Joni L. Caldwell, Ph.D.
Karlene Gacita, Psy.D.
Kristen E. Wilson, Ph.D.
Mary Watts Crutchfield, M.D., P.A.

HISTORIA CONFIDENCIAL PARA ADULTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Fecha _____ - _____ - _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ - _____ - _____ Lugar de nacimiento _____

Edad _____, Género _____, Raza (Opcional) _____, Religión (Opcional) _____

Años escolares _____ Título superior obtenido (si lo hubiera) _____

Ocupación _____ Empleador _____

Médico familiar _____ Por favor indique una lista de algunos otros médicos que lo hayan atendido hace 2 años _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

Estado Civil:

Soltero casado Viudo Separado Divorciado.

¿Vive con un conyugue o pareja? Sí No

Nombre _____ Relación _____

Edad _____ Ocupación _____ Empleador _____

Dirección _____ Teléfono del trabajo _____

Marque todo lo que se aplique a su relación: Muy Satisfactoria Satisfactoria Tolerable Intolerable.

Problemas menores y conflicto Problemas mayores y conflictos.

Rezones de problemas en su relación: Marque en todas la que correspondan: finanzas hijos padres o suegros situación laboral diferencias personales religión
 dificultades sexuales enfermedades físicas legal problemas de comunicación disciplina infantil otros _____

Fecha de su 1er matrimonio _____ Separado Divorciado Viudo Fecha _____ Nombre _____

Hijos (Nombres, sexo, edades) _____

Fecha de su 2do matrimonio _____ Separado Divorciado Viudo Fecha _____ Nombre _____

Hijos (Nombres, sexo,) _____

Fecha de su 3er matrimonio _____ Separado Divorciado Viudo Fecha _____ Nombre _____

Hijos (Nombres, sexo, edades,) _____

Describa matrimonios o hijos adicionales _____

Número de personas que viven en su hogar _____ Por favor registre otros nombres o relaciones _____

PROBLEMAS ACTUALES:

¿Qué preocupaciones lo llevaron a buscar tratamiento? _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido estos problemas? _____ ¿Qué ha intentado hacer para resolver estos problemas? _____

¿Ha tenido evaluaciones o tratamiento previos por parte de un psicólogo, siquiatra o consejero? Sí No. En el caso de ser afirmativo:

Fecha	Lugar	Terapista	Resultados

¿Le han recetado medicamentos para tratar estos problemas? Sí No En caso de ser afirmativo:

Medicación	Cantidad en gramos	Dosis tomada	Prescripción médica	Resultados
		<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		
		<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		
		<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		
		<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		

¿Qué cree que podría estar causando este problema? _____

HISTORIA MEDICA:

¿Está usted o ha estado alguna vez bajo cuidado de un doctor por algún tipo de problema médico que no sea el motivo de estar aquí ahora? Si es así, por favor explique:

Fecha	Lugar	Medico tratante	Problema y tratamiento

Please list all **medications** you are currently taking:

Medicación	Para Qué	Cantidad	Dosis tomada	Médico tratante	Resultados
			<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		
			<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		
			<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		
			<input type="checkbox"/> /día <input type="checkbox"/> /semana		

Medicamentos sin receta _____

Por favor registre todos los medicamentos a los que usted es alérgico, incluido el tinte para Rayos X _____

Por favor registre todas las cirugías que haya tenido:

Fecha	Lugar	Médico tratante	Problema y tratamiento

Por favor registre las hospitalizaciones que haya tenido por cualquier motivo:

Fecha	Lugar	Médico tratante	Problema y tratamiento

Fecha aproximada de chequeo médico - - Hecho por: Enfermedad Rutina Trabajo Seguro Resultados _____

Nombre del médico _____ Dirección _____ Teléfono _____

Incluido en el chequeo: Físico Análisis de sangre Análisis de orina Rayos X ECG (cardiograma) Papanicolau

Fecha de vacuna contra el Tétanos - - _____

Altura _____ Peso _____ Peso hace un año _____ 10 lb. ¿cambio de peso hace un año? Sí No

Cantidad de cigarillos+puros+pipas+ tabaco masticado _____ /día /semana. /mes. /año. Edad que empezó a consumir _____

Cantidad de bebidas alcohólicas _____ /día /semana. /mes. /año. Edad que empezó a consumir _____ Última borrachera _____

¿Alguna vez ha consumido alcohol más de lo que consume ahora? Sí No ¿Alguna vez ha consumido drogas sin receta médica, incluyendo las drogas de la calle? Sí No,

Si es así, por favor especifique _____

Cantidad de bebidas con cafeína: _____ café _____ té _____ colas _____ Mountain Dew _____ otras _____

PARA MUJERES: (Si usted se siente incómoda con alguna de estas preguntas, usted puede responder más tarde en privado.)

¿Usted menstrua? Sí No Fecha del último período menstrual - - Edad de inicio de la pubertad

Menstruación: Normal Abundante Irregular, Por favor explique _____

_____ ¿Posibilidades de embarazo? Sí No

Número de embarazos _____ Abortos espontáneos _____ Complicaciones _____ Abortos _____

Historia de enfermedades venéreas (herpes, gonorrea, sífilis, etc.): _____

Fecha del último Papanicolau - - Píldoras anticonceptivas _____

Cambios recientes en la función sexual: _____

PARA HOMBRES: (Si usted se siente incómodo con alguna de estas preguntas, usted puede responderlas más tarde en privado.)

Edad de inicio de la pubertad _____ Algún problema con su desempeño sexual _____

Historia de enfermedad sexual (herpes, gonorrea, sífilis, secreciones inespecíficas, etc.): _____

Cambios recientes en la función sexual: _____

PARA HOMBRES Y MUJERES: Por favor, indique si ha experimentado alguna condición médica de las siguientes:

CONDICIÓN	SÍ	EDAD	CONDICIÓN	SÍ	EDAD	CONDICIÓN	SÍ	EDAD
Fiebre en la última semana			Periodos de inconciencia			Dificultad en la vejiga		
Frecuentes Dolores de cabeza			Ataques o convulsions			Dificultad intestinal		
Cambios recientes en la audición			Problemas con la visión			Aborto expóntaneo		
Cambios recientes en la vista			Frecuentes Problemas de oído			Tumores		
Entumecimiento			Descapacidad auditiva			Neumonía		
Debilidad muscular			Enfermedad y trastorno femenino			Quiste de Baker		
Mareos			Enfermedad cardíaca			Enfermedad renal		
Convulsiones			Asma			Fiebre reumática		
Tics			Alergias			Imflamación de tejidos blandos		
Dificultad respiratoria			Dificultad para hablar			Linfangitis		
Tos crónica			Diabetes			Sarna		
Tos con sangre			Vasectomía			Accidente grave		
Dolor de pecho			Cancer			Cirugía		
Presión alta			Tuberculosis			Paralisis		
Dolor abdominal			Dificultad de la memoria			temblores		
Cambios en hábitos intestinales			Hipoglucemia			Ulcera		
Sangrado rectal			Escarlatina			Insomnio		
Dificultad y dolor al orinar			Bursitis			Nerviosismo		
Sangre en la orina			Flebitis			Depresión		
Amnesia			Herpes			Consumo de alcohol		
Problemas para caminar o de equilibrio			Dificultad para respirar			Consumo de drogas		
Dolor de espalda			Frecuentes diarreas o estreñimiento			Sindrome premenstrual		
Otros problemas de espalda			Frecuente nausea y vómito			Disfunción sexual		
Artritis			Presión alta			Estirilidad		
Frecuentes Infecciones de oído			Presión baja			Histerectomía		
Frecuentes Dolores de garganta			Meningitis			Dificultad menstrual		
Dolores severos de cabeza			Enfermedad hepatica			Dificultad tiroidea		
Lesión craneal			Perdida de peso			Dificultad del balance del equilibrio		
Desmayos			Aumento de peso			Deja caer los objetos involuntariamente		
Episodios prolongados o altos de fiebre (>103)								

Si alguna de las respuestas anteriores fue afirmativa, describala con detalle. _____

Historia Médica Familiar:	Edad	Problemas médicos o sicologicos	Edad del fallecido	Año de fallecimiento	Causa del fallecimiento
Abuelo Paterno					
Abuela Paterna					
Abuelo Materno					
Abuela Materna					
Padre					
Madre					
Hermanos 1)					
2)					
3)					
4)					
Hermanas 1)					
2)					
3)					
4)					
Hijos 1)					
2)					
3)					
4)					

Marque si en su familia tiene o ha tenido: Diabetes Problemas de alcohol Problemas con drogas Problemas de peso Depresión Ansiedad Otros problemas psicológicos
 Problemas cardiacos o de presión alta Dolores de cabeza.