

LifeSteps Lewisville I

Registro de Adultos



Bienvenidos a nuestro centro! Le agradeceríamos si tomaras unos minutos para completar este documento completo. Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, favor de poner se en contacto con unos de nuestros empleados! ¡Gracias!

Información de Paciente					
Nombre de Paciente:			Fecha de Nacimiento:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:					
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:		SSN:
Información de Familia					
Personas que viven en el hogar			Personas que viven fuera del hogar		
Miembro	Relación		Edad	Miembro	Relación
Contactos de Emergencia					
Nombre de Contacto		Numero de Telefono		Relacion	
1.					
2.					
Informacion de Medico					
Medico Primario:					
Direccion:			Trabajo #:		
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:		Fax #:
Medico de Referencia (si es diferent):					
Direccion:			Trabajo #:		
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:		Fax #:
Informacion de Facturacion					
Metodo de Pago:		<input type="checkbox"/> Pago Privado	<input type="checkbox"/> Medicaid		

LifeSteps Lewisville I

Registro de Adultos



Antecedentes				
<i>Por favor de responder las proximas preguntas comprobando la respuesta adecuada.</i>				
1.	¿Cuál es la razón que han optado por buscar ayuda?			
2.	¿Cuándo fue el problema identificado / y por quien?			
3.	¿Ha habido un cambio abrupto desde el tiempo que el problema fue advertido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
4.	¿Estas viendo algun especialista?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
	¿Si es asi, porque?			
5.	¿Has recibido algun diagnostico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
	¿Si es asi, porque?			
6.	¿Cuál es su mayor preocupación? ¿Cuál es la razón por cual has venido a estas evaluaciones?			
7.	¿Alguna otra preocupación?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
	¿Si es asi, porque?			
8.	¿Qué idioma habla principalmente?	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Espanol	<input type="checkbox"/> Otros

Objetivos	
<i>Por favor de responder todas las siguientes preguntas.</i>	
1.	¿Cuáles son los objetivos que desea recibir por medio de su terapia?
ALLERGIAS	
<i>Por favor indique si sufre alguna alergia que usted conozca</i>	
1.	

<p>Yo certifico que esta informacion es correcta por el mayor de mi entendimiento y yo no hare responsable a mi terapeuta/doctor/enferma o ningun miembro de su entidad por ningun error u omision que yo hare realizado al completar estas formas.</p>			
Firma:		Fecha:	
Revisado Por:		Fecha:	

Revisión de los Síntomas

MR #:

Fecha de Nacimiento:

SI	NO	A.D.D.	
		Impulsividad	
		Hiperactividad física o verbal	
		Desatención	
		Dificultad con la organización	
		Distracción	

SI	NO	O.D.D.	
		Berrinches	
		Argumentativo	
		Culpa a los demás	
		Desafíos las reglas	
		Se frustra con facilidad	

SI	NO	Humor	
		Deprimido, irritable o expansivo	
		Retiro social o el aislamiento	
		Cambios de peso, apetito, sueño, o energía	
		Retraso motor, aceleración, agitación	
		Retraso psíquico, aceleración, agitación	
		Sentirse inútil	
		Indecisión	
		Ideación suicida, intento o plan	
		Preocupación morbosa	
		Grandiosidad	
		Hipersexualidad	
		Ideación homicida, intento o plan	

SI	NO	Conducta	
		Agresión verbal o física	
		Destrucción de la propiedad	
		Falsedad o robo	
		Violaciones de reglas	
		Comportamiento de correr o absentismo escolar	
		Prende fuegos	

Revisión de los Síntomas

SI	NO		Motor
		Movimientos nerviosos	
		Estereotipias	

SI	NO		Ansiedad
		Preocupaciones o temores	
		Hábitos nerviosos, obsesiones, compulsiones	
		Separación, rechazo a la escuela, evitación	
		Somatización	

SI	NO		Psicosis
		Alucinaciones/ideas delirantes	
		Conductas rituales y repetitivas	
		Pérdida de habilidades	

Comentarios:

¿Están las vacunas corrientes? SI NO Necesidades nutricionales: _____

Alergia a medicamentos: _____

Otras alergias: _____

Cirugías: _____

Antecedentes médicos: _____

Completado por: _____

Revisión de los Síntomas

Padres evaluación de problema: _____

Temas de custodia/visitación: _____

Actividades/Pasatiempos: _____

Origen de la familia de la madre: _____

Origen de la familia del padre: _____

Otras circunstancias familiares significativas o factores de estrés: _____

Dinámicas familiares: _____

Barreras para el aprendizaje: _____

Completado por: _____

Revisión de los Síntomas

Lista de Problemas:

1. _____
2. _____
3. _____

Diagnosis:

Axis I: _____ R/O _____

_____ R/O _____

_____ R/O _____

Axis II: _____ R/O _____

_____ R/O _____

Axis III: _____ R/O _____

_____ R/O _____

Axis IV: _____ R/O _____

Axis V: Corriente: _____ Mas alto en últimos 6 meses: _____

Fecha	Problema	Meta a Corto Plazo/Objetivo	Método de Intervención	Medido Por	Fecha Estimada	Fecha de Revisión	Aprobación de los Padres	Fecha Logrado

Hora que entro: _____ Hora que salió: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____