

# 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



<b>Antecedentes</b>				
<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

<b>Objetivos</b>	
<i>Por favor de responder todas las siguientes preguntas.</i>	
1.	¿Cuáles son los objetivos que desea recibir por medio de su terapia?
<b>ALLERGIAS</b>	
<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: \_\_\_\_\_