

Formulario de Admisión de Psicología

Información del Paciente			
Nombres	Apellidos	Nombre Preferido	Identificador del paciente (si se conoce)
Genero	Pronombres Preferidos	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico	Número de teléfono preferido		
Contacto de Emergencia			
Nombre y Apellido	Parentesco	Numero de Contacto	
Nombre y Apellido	Parentesco	Numero de Contacto	
Información Médica y de Salud			
Médico de cabecera	Domicilio	Numero de contacto	
Psiquiatra	Domicilio	Número de contacto	
Por favor, enumere cualquier condición médica			
Por favor, enumere cualquier medicamento actual			
Información del Seguro (si corresponde)			
Compañía de Seguros	Plan de Seguro	Número de contacto	
Número de póliza	Grupo Numero	Número de Seguro Social	
Situación laboral			
<input type="radio"/> Empleado/a <input type="radio"/> Autónomo/a <input type="radio"/> Desempleado/a <input type="radio"/> Otro _____			
Ocupación	Industria	Nombre de la empresa	
Dirección de la Empresa	Ciudad	Estado	Código Postal

Disponibilidad

Por favor describa su disponibilidad durante toda la semana

Información del Paciente

Nombres

Apellidos

Fecha de nacimiento

Género

Personal y Familiar

¿Cuáles su etnia?

¿Cuántas personas hay en su hogar?

¿Cuál es su nivel de ingresos?

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?

¿Ha estado alguna vez hospitalizado por una enfermedad psiquiátrica?

Sí No

¿Algún miembro de la familia tiene antecedentes de enfermedad mental?

Sí No

¿Alguna vez has intentado suicidarte?

Sí No

¿Algún miembro de la familia ha intentado suicidarse o se ha suicidado alguna vez?

Sí No

¿Tiene problemas con el abuso de sustancias?

Sí No

¿Algún miembro de la familia tiene problemas con el abuso de sustancias

Sí No

¿Alguna vez ha sido arrestado?

Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Cómo le está yendo en su trabajo?

I.No funciona II.No puede Funcionar III.Problema Grave IV.Problema Leve V. No hay problema

¿Cómo le va en su matrimonio o con su pareja?

I.No funciona II.No puede Funcionar III.Problema Grave IV.Problema Leve V. No hay problema

¿Cómo le va en las relaciones con miembros de su familia?

I.No funciona II.No puede Funcionar III.Problema Grave IV.Problema Leve V. No hay problema

¿Cómo le va en las relaciones con miembros que no son de su familia?

I.No funciona II.No puede Funcionar III.Problema Grave IV.Problema Leve V. No hay problema

¿Cómo es su felicidad y bienestar en general?

I.No funciona II.No puede Funcionar III.Problema Grave IV.Problema Leve V. No hay problema

Las respuestas dadas a las preguntas anteriores son respondidas con precisión según mi mejor conocimiento. Entiendo que cualquier información inexacta puede ser peligrosa para mi salud (o la del paciente).

Nombre del padre o Tutor (si corresponde)

Relación con el paciente (si corresponde)

Firma del Paciente, Pariente o Tutor

Fecha

