

Nancy's Prevention Clinic

Initial Psychiatric Evaluation Record-Spanish- Adults

Nombre:		Alergia a Medicinas:	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Medico General:	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Ultimo Examen:	
Ultima Regla:	Método de Planificar:	Fecha del Ultimo Lab	¿Donde?
Estado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a-- Desde cuando?_____ <input type="checkbox"/> Viudo/a			
<input type="checkbox"/> Separado /Desde cuando? _____ <input type="checkbox"/> Compañero			

Síntomas: Por Favor Comente en Cada Línea Brevemente.

¿Cómo Duerme? _____

¿Como Está Su Apetito? _____

Depresión/Tristeza /Llorando Mucho _____

¿Tiene Algún Gozo? _____

Concentración (¿Puede Prestar Atención?) _____

¿Se Siente Bien de Si Mismo?/Nivel de Confianza _____

Ansiedad/Irritación/Cambios de Humor _____

Fatigado (Cansado) _____

Obsesiones (Pensamientos Que No Puede Dejar de Pensar) _____

Comportamiento Compulsivo (Comportamiento Que No Puede Parar de Hacer) _____

Gastando Dinero de Más _____

Tomando Riesgos _____

Pensamientos de Suicidio (Pensamientos, Planes, Acciones) _____

Paranoia (Miedos/ Gente Espiándole/Alguien Pensando en Hacerle Mal / Envenenarlo) _____

Alucinación (Oyendo Voces, Mirando Visiones) _____

Se Puede Quedar Solo? _____

Alguna vez a Jugado Juegos? _____

¿Qué Le Da Estrés? _____

Otro Comentarios:

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Nancy Bryant, FNP-C

Patient's Name:

Date:

Nancy's Prevention Clinic

Initial Psychiatric Evaluation Record-Spanish- Adults

PSYCHIATRIC HISTORY

DATES

Previous Examiners	
Previous Diagnosis given	
Psychiatric Hospitalizations	
Suicide attempts	

PRESENT MEDICATIONS:

Name	Over the Counter

PAST MEDICATIONS:

Name	Adverse Reactions

IMMUNIZATION HISTORY

Immunizations Current: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Comments:
---	-----------

Iniciales del paciente _____ **Fecha:** _____

3/11

Nancy Bryant, FNP-C

Patient's Name:

Date:

Nancy's Prevention Clinic

Initial Psychiatric Evaluation Record-Spanish- Adults

YOUR PSYCHIATRIC HISTORY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholism | <input type="checkbox"/> Obsessive-Compulsive Disorder |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Suicide Attempt |
| <input type="checkbox"/> Bipolar/ Manic Depression | <input type="checkbox"/> Imprisonment |
| <input type="checkbox"/> Anxiety Disorders | <input type="checkbox"/> Post-traumatic Stress Disorder |
| <input type="checkbox"/> Panic Disorders | <input type="checkbox"/> Mental Retardation |
| <input type="checkbox"/> Drug Abuse | <input type="checkbox"/> ADD/HD |
| <input type="checkbox"/> Phobias | <input type="checkbox"/> Eating Disorders |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenia | <input type="checkbox"/> Other: |

FAMILY PSYCHIATRIC HISTORY (Do not complete if you adopted)

Blood relative has had

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholism | <input type="checkbox"/> Obsessive-Compulsive Disorder |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Suicide Attempt |
| <input type="checkbox"/> Bipolar/ Manic Depression | <input type="checkbox"/> Imprisonment |
| <input type="checkbox"/> Anxiety Disorders | <input type="checkbox"/> Post-traumatic Stress Disorder |
| <input type="checkbox"/> Panic Disorders | <input type="checkbox"/> Mental Retardation |
| <input type="checkbox"/> Drug Abuse | <input type="checkbox"/> ADD/HD |
| <input type="checkbox"/> Phobias | <input type="checkbox"/> Giftedness |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenia | <input type="checkbox"/> Other: |

YOUR MEDICAL HISTORY

Allergies to food, environment, medications	
Hospitalizations	
Surgeries	
Injuries/Accidents	
Significant Illnesses	

HAVE YOU EVER HAD:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Weight Problems | <input type="checkbox"/> Chickenpox | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Palpitation/ Skipped beats | <input type="checkbox"/> Constipation or Diarrhea | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Sinus Problems |
| <input type="checkbox"/> Dizziness/ Fainting | <input type="checkbox"/> Menstrual Problems | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Ear Infections |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> TB | <input type="checkbox"/> Hay Fever |
| <input type="checkbox"/> Shortness Of Breath | <input type="checkbox"/> Urinating problems | <input type="checkbox"/> Hearing Problems | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Stomach Problems | <input type="checkbox"/> Hot or cold intolerance | <input type="checkbox"/> Vision Problems | <input type="checkbox"/> Heart Murmur |
| <input type="checkbox"/> Muscle/Joint/Back pain : | <input type="checkbox"/> Sexual Problems | <input type="checkbox"/> Seizures | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease/Trait |

FAMILY MEDICAL HISTORY (Do not complete if you adopted)

Blood relative has had

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Deafness | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hay Fever |
| <input type="checkbox"/> Birth Defects | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kidney Disease |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Heart Disease |
| <input type="checkbox"/> Eczema | Other: |

Iniciales del paciente _____ Fecha: _____

4/11

Nancy Bryant, FNP-C

Patient's Name:

Date:

Nancy's Prevention Clinic

Initial Psychiatric Evaluation Record-Spanish- Adults

BIRTH HISTORY

Country You Were Born:	State:
Did your mother use Drugs or Alcohol while pregnant with you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did your mother have a Severe illness while pregnant with you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Comments:	

FAMILY RELATIONSHIPS

Father's Occupation:	Describe Your Relationship with your Father:
Mother Occupation:	Describe Your Relationship with your mother:
Brothers:	Describe Your Relationship with your brother/s:
Sisters:	Describe Your Relationship with your sister/s:
Did your parents divorce? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, How old were you?

PERSONALITY

Describe your personality growing up	Be specific:
Describe your personality now:	Be specific:

MILITARY HISTORY

Have you ever been in the Armed Forces? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Honorably discharged : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	---

Iniciales del paciente _____ **Fecha:** _____

6/11

Nancy Bryant, FNP-C

Patient's Name:

Date:

Nancy's Prevention Clinic

Initial Psychiatric Evaluation Record-Spanish- Adults

SOCIAL/CULTURAL HISTORY

Marital Status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced / How long? _____ <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated /How long _____ <input type="checkbox"/> Partner	Language Spoken At Home: _____ Hobbies/ Interests: _____		
Number Of Family Members Living In Same House: _____	Times have you been married: 1 2 3 4 5 or more		
Step children? How many in the home? _____ What is your relationship with your spouse or significant other? Be specific _____			
	Name	Occupation	Age
Patient			
Spouse/Partner			
Child			
Child			
Child			
Child			

GOALS FOR TREATMENT

Describe your goals:	Be specific:

Iniciales del paciente _____ **Fecha:** _____
Provider's comments: _____

Nancy Bryant, FNP-C

Patient's Name: _____

Date: _____

Nancy's Prevention Clinic

Initial Psychiatric Evaluation Record-Spanish- Adults

Preguntas para descubrir problemas del estado de ánimo (MDQ)

Instrucciones:

Por favor responda a cada pregunta lo más sinceramente posible. Solamente de esa manera se podrá entender mejor los problemas que siente.

	Sí	No
1. ¿Ha pasado alguna vez por un periodo de tiempo en que no se sintió fuera de si mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿se sentía tan bien o tan exaltado que otros se dieron cuenta que se comportaba extraño y además se metió en problemas por su comportamiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿se sentía tan irritable que le gritaba a otros y empezaba peleas o argumentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿se sentía con mucha más confianza en si mismo que lo usual?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿dormía mucho menos que lo normal pero que no le hacia falta el no dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿que hablaba muchísimo más y mucho mas rápido de lo normal?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿tenía pensamientos dándole vuelta en la cabeza y no los podía parar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿se distraía muy fácilmente por todo lo de su alrededor que tenía dificultad en poder concentrarse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿tenía mucha más energía y hacia muchísimas cosas más de lo usual?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿era más social y más extravertido o más payazo de lo normal, por ejemplo llamaba por teléfono a algunos amigos o amigas a medio noche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿tenía más deseo y apetito sexual de lo usual?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿hizo muchas cosas fuera de lo normal que otros pensaron que eran excesivas, tonterías o de mucho riesgo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_¿gastó tanto dinero que puso a UD. y a su familia con problemas financieros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si respondió "Sí" a dos o más de las preguntas anteriores, ¿ocurrieron estas situaciones durante el mismo periodo de tiempo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuan problemático han sido estos problemas para Ud., por ejemplo: problemas en el trabajo, con la familia, problemas financieros o legales; empezando peleas físicas o verbales?		
<input type="checkbox"/> No es Problema <input type="checkbox"/> Problema Menor <input type="checkbox"/> Problema Moderado <input type="checkbox"/> Problema Serio		
4. ¿Tiene familiares cercanos (ejemplo: hijos, hermanos, padres, abuelos, tías o tíos) que han tenido trastornos emocionales, alcoholismo, uso de drogas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Algún profesional le ha dicho que tiene un trastorno emocional como depresión bipolar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Iniciales del paciente _____ **Fecha:** _____

Nancy Bryant, FNP-C

Patient's Name:

Date: