Christ Health

Registro del paciente

INFORMACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE (IMPRIMIR)	Información del garante (a quien se le envían los resúmenes de cuenta)

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Sexo: _____

Género: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

Correo electrónico del paciente: _____

Idioma: _____

Raza: _____

Etnia: _____

Estado civil: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

Teléfono: ( ) _____ - _____

Información del contacto de emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono móvil: _____

Información del empleador

Empleador: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Información del seguro médico primario

Nombre del plan del seguro: _____

Número de póliza: _____

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo (indique con un círculo): M o F

Nombre del empleador: _____

Relación entre el paciente y el titular de la póliza:

_____

Información del seguro médico secundario

Nombre del plan del seguro: _____

Número de póliza: _____

Apellido: _____

Primer nombre: _____

Segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo (indique con un círculo): M o F

Nombre del empleador: _____

Relación entre el paciente y el titular de la póliza:

_____

CHRISTHEALTH

Live Oaks Clinic

Live Oaks Psychiatric History - Adult

Nombre: _____ FDN: _____ Fecha: _____

- ¿ Motivo por la evaluación/problemas actuale:

- ¿Que ha intentado que hay ayundado con problems actuales?

- ¿ Que cosas están hacienda pero el problema?

- Historial Médico Pasado:
  - ___Convulsionés/Inconsciente?
  - ___Problemas de Corazon/Presión Alta?
  - ___Asma?
  - ___Diabetes/Colesterol Alto?
  - ___Otro? Explicar:

- Medicamentos actuales:

- ¿ Cirugias Pasadas?

- ¿ Alergias a medicamentos?

- Antecedentes psiquiártricos anteriores: (diagnóstico/hospitlazación/daño a uno mismo o a otros/terapia)

Medicamentos psiquiátricos utilizados en el pasado:

Nombre	Efecto Secundario	Dosis	Beneficio

Antecedentes medicos y psiquiátricos familiars:

- Hermanos:

- Padre:

- Madre:

Historia Social:

- ¿ Cuantos hermanos tiene y cuales sons sus edades?
- ¿ Dónde viva? ¿ Con quien?
- ¿ Tiene hijos?
- ¿ Está en una relación romántica? ¿ Es saludable? ¿ Por qúe/Por qúe no?
- ¿ Tiene a alguien con cual puede hablar de cosas difíciles?
- ¿ Cual es su nivel mas alto de educación?
- ¿ Usa tobaco, alcohol, marihuana, cocaína, heroína, flakka, anfetamina, medicamento con receta? ¿ Cuál, cuánto en un semana, y cuál es su favorita?

- ¿ Su consume de drogas es para recreación, para aguantar la angustia, o un hábito diario que no puede parar?

- ¿ Alguna ves ha estado en tratamiento de drogas?

Historia Social:

- ¿ Alguna vez sirvio en las fuerzas armadas?
- ¿ Tiene un historial de ser abusado/asaltado físicamente?
- ¿ Tiene un historial de ser abusado/asaltado sexualmente?
- ¿ Cuál es su ocupación actual?
- ¿ Son finanzas una causa de estrés en su vida?
- ¿ Es sexualmente activo?
- ¿ En qué es hábil/Bueno haciendo?
- ¿ Cómo pasa la mayor parte del día?
- ¿ Cómo pasa su tiempo libre?
- ¿ Cómo reduce el estrés diario?

Historia Social:

- Describa a su madre en dos palabares:

- Describa a su padre en dos palabaras:

- ¿ Como describiría un conocido a tu madre?

- ¿ Como describiría un concocido a tu madre?

- Historia legal: (libertad condicional, orden judicial, implicación con DHR?)