

CUESTIONARIO DE DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|--------------|--------|---------|
| Nombre | Apellido | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA | | |

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Diagnóstico (marque todos los que corresponden)

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad generalizada | <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo | <input type="checkbox"/> Trastorno de pánico |
| <input type="checkbox"/> Depresión leve o moderada | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Depresión severa | <input type="checkbox"/> TDAH / TDA | <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> |

Por favor describa los síntomas del paciente, la frecuencia, severidad y condición actual:

| | |
|--------------------------|--|
| Fecha del primer síntoma | |
| DD / MM / AA | |
| Fecha del último síntoma | |
| DD / MM / AA | |

¿Está o estuvo el paciente tomando medicamentos para tratar esta condición? Sí No
Si responde "Sí", por favor indique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de uso.

| | |
|--------------|--|
| Desde | |
| DD / MM / AA | |
| Hasta | |
| DD / MM / AA | |

¿Consulta el paciente a un médico/psiquiatra por esta condición? Sí No Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia.

| | | |
|---|-------|--------------|
| ¿Ha recibido el paciente terapia o consejo psicológico para tratar esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia y la fecha de la última sesión. | Fecha | DD / MM / AA |
|---|-------|--------------|

¿Qué otros tratamientos ha recibido el paciente relacionados con esta condición? (marque todos los que corresponden)

| Fecha | Tratamiento |
|--------------|---|
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Visita(s) a la sala de emergencias |
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Hospitalización |
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Internación psiquiátrica |
| DD / MM / AA | <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> |

¿Ha tenido el paciente pensamientos suicidas o intentos de suicidio? Sí No
Si responde "Sí", por favor indique la fecha.

| | |
|-------|--------------|
| Fecha | DD / MM / AA |
|-------|--------------|

¿Haya alguna información adicional relevante que no se haya mencionado anteriormente? Sí No
Si responde "Sí", por explique.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

| | | | |
|--------------------|--|-------|----------------|
| Nombre | | | |
| Dirección | | | |
| Teléfono | | Fax | |
| Correo electrónico | | | |
| Firma | | Fecha | DD / MM / AAAA |