

Case#: \_\_\_\_\_  
Admission Date: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL  
CONDADO DE ORANGE  
Aplicación para Servicios**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre legal: \_\_\_\_\_  
(No abreviaciones o sobre nombres) (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Sexo:  Masculino  Femenino  Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Numero y Calle)

\_\_\_\_\_  
(Dirección postal, si es que la anterior)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal) (Condado)

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono de la célula: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Raza:  Negro  Blanco  Americano nativo

Grupo étnico:  
 Dominican  Cuban colombino del  americano central hispánico del   
 mexicano Puerto Rican del  han del  Ecuador  del haitiano del  del  
 Filipino  
 jamaicano medio-oriental  otro \_\_\_\_\_

Lugar del nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (País)

Estado civil  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo  
 Compañero domestico

Arreglos vivos: \_\_\_\_ Casa \_\_\_\_ Apartamento Other \_\_\_\_\_

Número que vive en casa (enumere por favor debajo de comenzar con uno mismo):

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	RELACIÓN
			UNO MISMO

Veterano: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_

Discapacidad relacionada con el servicio militar: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Rama militar del servicio: \_\_\_\_\_

Servicio militar desde: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Persona del contacto (si con excepción de cliente):

Relación del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del cliente  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está esto la primera Vez que usted han recibido servicios en esta clínica?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Razones del contacto: \_\_\_\_ Busco medicinas que busca  
\_\_\_\_ Consejería  
\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Problemas que quiero tratar y comunicar en el tratamiento:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**¿Usted o su hijo han sido alguna vez tratados por problemas emocionales o de salud mentales?:**     Sí     No

**(Por favor liste todos, incluyendo los tratamiento passados en alguna clinica de Salud Mental del condado de Orange)**

FECHA	DOCTOR O AGENCIA	RAZÓN

**¿ Alguna discapacidad/ minusvalias?** \_\_\_\_\_

Educación Historia:	Escuela Nombre	Ciudad/ciudad	El grado más alto Terminado	Fecha Graduado
Escuela de cuarto de niños				N/A
Pre-entrenamiento				N/A
Escuela del grado (K-8)				
High School secundaria (9-12)				
Universidad				
Vocacional/comercio				

**Si esta actualmente en escuela:**

**Nombre de la escuela** \_\_\_\_\_ **Grado actual** \_\_\_\_\_

**Tipo de la educación:**     Regular     Ed especial     El otro

Este uso fue terminado cerca:

Signature \_\_\_\_\_

Permiso de entrar en contacto con después de descarga:      **Sí**                      **No**

**Permiso para tratar a un menor**

**Yo Autorizo a la clínica Salud Mental del Condado del Orange para prestar servicios a mi hijo/a, \_\_\_\_\_, para el tratamiento, como fue recomendado por uno de sus terapeutas o doctores. Esto puede incluir el recetar medicamentos por su staff medico, sol con mi conocimiento.**

**Firma del padre o del guarda: \_\_\_\_\_**

(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Escriba su nombre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

**EVALUACION DE SALUD/  
ENFERMERIA**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ESTADO FISICO**

**Estatura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_ **Color del ojos** \_\_\_\_\_ **Color del cabello** \_\_\_\_\_

**Necesidades de lenguaje/culturales**

**Fecha del último examen físico:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Doctor?** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICA**

**Alergias:** Ninguna \_\_\_ Comida \_\_\_ Medicamentos \_\_\_  
Ambiente \_\_\_ Desconoce \_\_\_

**Otras alergias:** \_\_\_\_\_

**Reacciones alérgicas:** \_\_\_\_\_

*Immunización (adolescentes)* Al corriente \_\_\_ Todavía le faltan \_\_\_\_\_

**Fecha del período menstrual pasado:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PPD pasado** Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_ Desconocido \_\_\_

**Radiografía del pecho** Sí \_\_\_ No \_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_

**Alertas/Información de las enfermedades:**

\_\_\_\_\_ Diabético \_\_\_\_\_ Asimientos \_\_\_\_\_ Embarazo posible de la condición del corazón

\_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Tiroides \_\_\_\_\_ Úlceras \_\_\_\_\_ Hepatitis

\_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_ Escarlatina \_\_\_\_\_ Pox del pollo \_\_\_\_\_ Sarampión/sarampión

\_\_\_\_\_ Fiebre reumática \_\_\_\_\_ Respiratorio \_\_\_\_\_ Tensión arterial alta

\_\_\_\_\_ Visión velada \_\_\_\_\_ Sonido en oído \_\_\_\_\_ Vértigos \_\_\_\_\_ Lesiones en la cabeza

\_\_\_\_\_ Malestar en pecho \_\_\_\_\_ Náusea frecuente \_\_\_\_\_ Tendencia a sangrar

Especifique otra enfermedad no mencionada \_\_\_\_\_

**Medicamentos y dosis actuales:** \_\_\_\_\_

**¿Toma Ud. sus medicamentos como han sido recetados?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## **HÁBITOS DE LA SALUD**

**Apetito Disminuido**

**Aumentado**

**Sin cambiar**

Comentario: \_\_\_\_\_

**Dormir/Sueño**

Disminuido

Aumentado

Sin cambiar

Comentario: \_\_\_\_\_

**Nivel de energía**

Disminuido

Aumentado

Sin cambiar

Comentario: \_\_\_\_\_

**Ejercicio Sí**

No

Comentario: \_\_\_\_\_

**Uso del tabaco Sí**

No

Cantidad \_\_\_\_\_ ¿Por Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Uso de la droga Sí**

No

Si respondió SI, por favor responda lo siguiente:

**Última vez que bebió alcohol** \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Última vez que usó drogas \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha sentido que debería reducir el uso de alcohol o drogas?

Sí No N/A Desconoce

¿Le ha enojado que la gente le critique su uso de alcohol o drogas?

Sí No N/A Desconoce

¿Alguna vez ha sentido culpable acerca de su uso de alcohol o drogas?

Sí No N/A Desconoce

¿Alguna vez ha usado alcohol o drogas por la mañana para estabilizar sus nervios o eliminar una resaca?

Sí No N/A Desconoce

¿Toma alguno de sus medicamentos de manera diferente al que fue recetado?

## ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y FACTORES DE RIESGO

**¿Necesita ayuda lo siguiente:**

Caminar     Vestirse     Bañarse     Higiene Oral  
 Evacuar

**Marque todo lo que corresponde**

Uso de bastón     Uso de andador     Uso de algún otro:

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Necesidades educativas del cliente o su familia:**

Información de medicación     Técnicas para resolver problemas y manejar  
la tensión de medicación     Ejercicios/descanso     Manejo de los  
síntomas

Otro: \_\_\_\_\_

*Si el cliente es menor de 18 años, por favor complete lo siguiente*

### HISTORIA DE NACIMINETO Y DESARROLLO

**Por favor marque si:**

**Durante el embarazo**     Tuvo cuidado prenatal     Usó drogas, alcohol, o cigarrillos      
Tuvo alguna enfermedad o usó medicamentos

**Condiciones al nacer**     Normal     Peso al nacer     libras     onzas

**Parto**     Normal     Prematuro     Cesaria

**Problemas de Infancia**     Alimentación     Dormir     Reacción al ambiente

Camino sin apoyo     Dijo su primera palabra     Dijo su primera oración de 3 palabras      
Entrenamiento del baño:    Orinó        Defecó   

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

Sí                      No                      No aplica                      Desconoce

**¿Toma otros medicamentos aparte de los que le recetaron?**

Si                       No                       No aplica                       Desconoce

## **HISTORIA FAMILIAR**

**Familia biológica (incluya la edad actual, si edad difunta y causa de la muerte**

Cliente \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermano/a \_\_\_\_\_

Hermano/a \_\_\_\_\_

Hermano/a \_\_\_\_\_

Hermano/a \_\_\_\_\_

Otro pariente \_\_\_\_\_

*Enfermedades en la familia (Indique si algún miembro de la familia biológica ha tenido alguna de las siguientes enfermedades e incluya el parentesco con el cliente)*

**Tuberculosis** \_\_\_\_\_ **Diabetes** \_\_\_\_\_

**Alta presión** \_\_\_\_\_ **Problemas Cardiacos** \_\_\_\_\_

**Cáncer** \_\_\_\_\_ **Epilepsia** \_\_\_\_\_

**Enfermedad de la sangre** \_\_\_\_\_ **Enfermedad Mental** \_\_\_\_\_

**Uso/abuso de alcohol** \_\_\_\_\_ **Uso/abuso de drogas** \_\_\_\_\_

**VIH/SIDA** \_\_\_\_\_ **Otro** \_\_\_\_\_

**Médico general:** \_\_\_\_\_

**Dirección::** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_



**Problemas Actuales O Síntomas**  
(Marque todo lo que corresponde)

**Dificultades de audición**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Problemas Visuales**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Dolores de Cabeza**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Infecciones al oído**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Hemorragias nasales**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Resfriado**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Moja la cama por la noche**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Se orina y se moja durante el día**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Defeca en la cama por la noche**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Incontrolable deseos de defecar durante el día**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Se mece en la cama**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Se mece en una silla**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Se queja de dolores al estómago**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Es hiperactivo**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Se chupa el pulgar**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Tiene problemas para conciliar el sueño**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Se cansa fácilmente**

Not at all       A little       A fair amount       Much       Very Much

**Por favor escriba algún otro problema o síntoma que su niño/a tenga. También cualquier cirugía u hospitalizaciones.** \_\_\_\_\_