

Historial biopsicosocial

Presentación de problemas

Primario _____

Secundario _____

Lista de verificación de síntomas actuales (Marque la intensidad de los síntomas presentes actualmente)

Leve = Impacta la calidad de vida pero no impide en forma significativa las funciones diarias

Moderado = Impacta en forma significativa la calidad de vida y/o las funciones diarias

Severo = Impacta profundamente la calidad de vida y/o las funciones diarias

<u>Síntoma</u>	<u>Impacto</u>				<u>Síntoma</u>	<u>Impacto</u>			
	Ninguno	Leve	Moderado	Severo		Ninguno	Leve	Moderado	Severo
Comportamiento agresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de laxantes y diuréticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asociación incoherente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsesiones/compulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atracón/eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento de rebeldía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas circunstanciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condición médica concomitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ideas paranoicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abusador/a de trauma físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ánimo depresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Víctima de trauma físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estados disociativos/desconecta de la realidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mala concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ánimo elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poco aseo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de eliminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraso psicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abusador/a de trauma emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mutilación a sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de trauma emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abusador/a sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga/poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Víctima de abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento/pérdida significativa de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aislamiento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quejas somáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inutilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial emocional/psiquiátrico

¿Psicoterapia anterior como paciente **ambulatorio**?

No Sí Si afirmativo, en _____ ocasiones. El tratamiento más largo fue con _____ por _____ sesiones de ____/____ a ____/____
Nombre del proveedor Mes/año Mes/año

<u>Nombre del proveedor anterior</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Intervención/modalidad</u>	<u>¿Fue beneficioso?</u>
--------------------------------------	---------------	---------------	--------------------	-------------------------------	--------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Ha recibido algún familiar psicoterapia como paciente ambulatorio?

No Sí Si es afirmativo, quién/por qué (enumérelos todos):

¿Tratamiento anterior **hospitalario** por trastorno psiquiátrico, emocional o por uso de sustancias?

No Sí Si es afirmativo, en _____ ocasiones. El tratamiento más largo fue en _____ de ____/____ a ____/____
Nombre de la institución Mes/año Mes/año

<u>Nombre de la institución hospitalaria</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Intervención/modalidad</u>	<u>¿Fue beneficioso?</u>
--	---------------	---------------	--------------------	-------------------------------	--------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Algún familiar ha tenido tratamiento por trastorno psiquiátrico, emocional o por uso de sustancias?

No Sí Si es afirmativo, quién/por qué (enumérelos todos):

¿Uso anterior o actual de medicamento para salud mental? Si es afirmativo:

No Sí

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Fecha de inicio</u>	<u>Finalización</u>	<u>Médico</u>
--------------------	--------------	-------------------	------------------------	---------------------	---------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Ha usado algún familiar medicamentos para la salud mental? Si es afirmativo, quién/por qué (enumérelos todos):

No Sí

Historial familiar

Familia de procedencia

Presente durante la niñez

Describe a sus padres

	Presente en toda la niñez	Presente en parte de la niñez	No estuvo presente
madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
padrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Padre

Madre

nombre completo	_____	_____
ocupación	_____	_____
educación	_____	_____
salud general	_____	_____

Estado civil actual de los padres

Describe la experiencia familiar de la niñez

- casados uno con el otro
- separados por ____ años
- divorciados por ____ años
- madre vuelve a casarse ____ veces
- padre vuelve a casarse ____ veces
- madre involucrada con alguien
- padre involucrado con alguien
- madre fallecida por ____ años
edad del paciente cuando la madre falleció ____
- padre fallecido por ____ años
edad del paciente cuando el padre falleció ____

- ambiente hogareño sobresaliente
- ambiente hogareño normal
- ambiente hogareño caótico
- testigo de abuso físico/verbal/sexual en otros
- víctima de abuso físico/verbal/sexual por parte de otros

Edad de emancipación del hogar: _____

Circunstancias que contribuyen a la emancipación

Circunstancias especiales en la niñez

Familia inmediata

Estado civil

Relación íntima

Satisfacción en la relación

- soltero, nunca se casó
- comprometido _____ meses
- casado por _____ años
- divorciado por _____ años
- separado por _____ años
- en proceso de divorcio _____ meses
- viviendo juntos por _____ años
- _____ matrimonios anteriores (propios)
- _____ matrimonios anteriores (de la pareja)

- nunca ha estado en una relación seria
- no está en una relación actualmente
- actualmente está en una relación seria

- muy satisfecho con la relación
- satisfecho con la relación
- algo satisfecho con la relación
- insatisfecho con la relación
- muy insatisfecho con la relación

Enumere a todos los que viven actualmente en el hogar del paciente

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Relación con el paciente</u>
---------------	-------------	-------------	---------------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Enumere hijos biológicos/adoptivos que no vivan en el hogar del paciente

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Relación con el paciente</u>
---------------	-------------	-------------	---------------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Frecuencia de las visitas con los mencionados anteriormente: _____

Describa cualquier asunto significativo pasado o actual en las relaciones íntimas _____

Describa cualquier asunto significativo pasado o actual en las relaciones con la familia inmediata _____

Historial médico (marque todas las que aplican al paciente)

Describa la salud física actual Buena Regular Mala

Indique el nombre del médico de atención primaria

Nombre _____ Teléfono _____

Indique nombre del psiquiatra (si hay):

Nombre _____ Teléfono _____

Indique medicamentos no psiquiátricos que toma actualmente (indique dosis y razón)

Indique cualquier alergia conocida

¿Hay historial de cualquiera de lo siguiente en la familia?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón |
| <input type="checkbox"/> defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> problemas emocionales | <input type="checkbox"/> alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> problemas de conducta | <input type="checkbox"/> abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> enfermedad Alzheimer/demencia |
| <input type="checkbox"/> retraso mental | <input type="checkbox"/> derrame |
| <input type="checkbox"/> otros problemas crónicos o serios de salud _____ | |

Describe cualquier hospitalización o accidente serio

<u>Año</u>	<u>Edad</u>	<u>Razón</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere cualquier resultado anormal de pruebas de laboratorio

<u>Año</u>	<u>Resultado</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial de uso de sustancias (marque todas las que aplican al paciente)

Historial familiar de abuso de alcohol/drogas

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> padrastro/madrastra/conviviente |
| <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> tío(s)/tía(s) |
| <input type="checkbox"/> abuelo(s) | <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja |
| <input type="checkbox"/> hermano/a(s) | <input type="checkbox"/> hijos |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | |

Estado del uso de sustancias

- no hay historial de abuso
- abuso activo
- remisión completa temprana
- remisión parcial temprana
- remisión completa sostenida
- remisión parcial sostenida

Historial de tratamiento del paciente

- paciente ambulatorio (edad[es]) _____
- paciente hospitalizado (edad[es]) _____
- programa de 12 pasos (edad[es]) _____
- lo detuvo por sí mismo (edad[es]) _____
- otro (edad[es]) _____

Sustancias utilizadas

	<u>Edad del primer uso</u>	<u>Edad del último uso</u>	<u>Uso actual</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Cantidad</u>
<input type="checkbox"/> alcohol	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> anfetaminas/speed	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> barbitúricos/sedantes	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> cocaína	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> cocaína en crack	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> alucinógenos (por ejemplo LSD)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> inhaladores (por ejemplo goma, gas)	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> marihuana o hashish	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> opioides	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> PCP	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> medicamentos con receta médica	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/> otro	_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Consecuencias del abuso de sustancias

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> resacas | <input type="checkbox"/> afecciones médicas | <input type="checkbox"/> intentos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> aumento en la tolerancia | <input type="checkbox"/> impulso/pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> pérdidas del conocimiento | <input type="checkbox"/> pérdida del control sobre la cantidad usada | <input type="checkbox"/> conflictos en relaciones |
| <input type="checkbox"/> sobredosis accidental | <input type="checkbox"/> pérdida del trabajo | <input type="checkbox"/> arrestos |
| <input type="checkbox"/> atracones | <input type="checkbox"/> trastorno del sueño | |
| <input type="checkbox"/> síntomas de abstinencia | <input type="checkbox"/> asaltos | |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | | |

Historial de desarrollo (marque todas las que se relacionen al paciente menor de edad (niño/adolescente))

Problemas durante el embarazo de la madre

- ninguno
- presión arterial alta
- infección renal
- rubéola
- estrés emocional
- sangrado
- uso de alcohol
- uso de drogas
- uso de cigarrillos
- otro _____

Nacimiento

- parto normal
- parto difícil
- cesárea
- Complicaciones
- _____
- _____
- peso al nacer _____ lbs _____ oz.

Problemas en la infancia

- ninguno
- problemas de alimentación
- problemas al dormir
- dificultades en aprender ir al baño

Salud en la niñez

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> varicela (edad) _____ | <input type="checkbox"/> envenenamiento por plomo (edad) _____ |
| <input type="checkbox"/> rubéola (edad) _____ | <input type="checkbox"/> paperas (edad) _____ |
| <input type="checkbox"/> sarampión (edad) _____ | <input type="checkbox"/> difteria (edad) _____ |
| <input type="checkbox"/> fiebre reumática (edad) _____ | <input type="checkbox"/> poliomielitis (edad) _____ |
| <input type="checkbox"/> tos ferina (edad) _____ | <input type="checkbox"/> neumonía (edad) _____ |
| <input type="checkbox"/> fiebre escarlatina (edad) _____ | <input type="checkbox"/> tuberculosis (edad) _____ |
| <input type="checkbox"/> autismo | <input type="checkbox"/> retraso mental |
| <input type="checkbox"/> infecciones de oído | <input type="checkbox"/> asma |
| <input type="checkbox"/> alergias a _____ | |
| <input type="checkbox"/> heridas significativas _____ | |
| <input type="checkbox"/> problemas crónicos o serios de salud _____ | |

Retraso en alcanzar metas en el desarrollo (marque solo las metas que no ocurrieron a la edad esperada):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sentarse | <input type="checkbox"/> control en defecar |
| <input type="checkbox"/> dar vuelta | <input type="checkbox"/> dormir solo |
| <input type="checkbox"/> pararse | <input type="checkbox"/> vestirse solo |
| <input type="checkbox"/> caminar | <input type="checkbox"/> jugar con compañeros |
| <input type="checkbox"/> alimentarse solo | <input type="checkbox"/> tolerar la separación |
| <input type="checkbox"/> decir palabras | <input type="checkbox"/> jugar cooperando con otros |
| <input type="checkbox"/> decir oraciones | <input type="checkbox"/> manejar triciclo |
| <input type="checkbox"/> control de orinar | <input type="checkbox"/> manejar bicicleta |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | |

Problemas emocionales/de conducta (marque todas las que apliquen):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ninguno | <input type="checkbox"/> repite palabras de otros | <input type="checkbox"/> desconfiado |
| <input type="checkbox"/> uso de drogas | <input type="checkbox"/> no confiable | <input type="checkbox"/> con preocupación extrema |
| <input type="checkbox"/> abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> comportamiento hostil/enojo | <input type="checkbox"/> actos de daño a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> mentiroso crónico | <input type="checkbox"/> indeciso | <input type="checkbox"/> impulsivo |
| <input type="checkbox"/> robos | <input type="checkbox"/> inmaduro | <input type="checkbox"/> se distrae fácilmente |
| <input type="checkbox"/> temperamento violento | <input type="checkbox"/> comportamiento extraño | <input type="checkbox"/> mala concentración |
| <input type="checkbox"/> prende fuegos | <input type="checkbox"/> amenazas de daño a sí mismo | <input type="checkbox"/> frecuentemente triste |
| <input type="checkbox"/> hiperactivo | <input type="checkbox"/> frecuentemente lloroso | <input type="checkbox"/> rompe objetos con enojo |
| <input type="checkbox"/> crueldad a los animales | <input type="checkbox"/> falta de apego/cariño a otros | |
| <input type="checkbox"/> ataca a otros | | |
| <input type="checkbox"/> desobediente | | |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | | |

Comportamiento social

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> interacción social normal | <input type="checkbox"/> juegos sexuales inapropiados |
| <input type="checkbox"/> se aísla | <input type="checkbox"/> domina a otros |
| <input type="checkbox"/> muy tímido | <input type="checkbox"/> se asocia con compañeros que se comportan mal |
| <input type="checkbox"/> se aleja | |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | |

Funcionamiento intelectual/académico

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> inteligencia normal | <input type="checkbox"/> logros inferiores |
| <input type="checkbox"/> inteligencia alta | <input type="checkbox"/> retraso leve |
| <input type="checkbox"/> problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> retraso moderado |
| <input type="checkbox"/> conflictos con la autoridad | <input type="checkbox"/> retraso severo |
| <input type="checkbox"/> problemas de atención | |

Nivel más alto o actual de educación _____

Describe cualquier otro problema o asunto de desarrollo

Historial socio-económico

Situación de vivienda

- vivienda adecuada
- sin hogar
- viviendo con mucha gente
- depende de otros para su vivienda
- vivienda peligrosa/en deterioro
- viviendo con compañeros problemáticos

Sistema de apoyo social

- apoyo social adecuado
- pocos amigos
- amigos debido al uso de sustancias
- sin amigos
- distante de sus familiares

Militar

- nunca en las fuerzas armadas
- sirvió en las fuerzas armadas - sin incidentes
- sirvió en las fuerzas armadas - con incidentes

Empleo

- empleado y satisfecho
- empleado pero no satisfecho
- desempleado
- conflictos con compañeros
- conflictos con supervisor
- historial laboral inestable
- incapacitado: _____

Situación financiera

- sin problemas financieros actuales
- grandes deudas
- pobreza o ingreso abajo de niveles de pobreza
- gastos impulsivos
- conflicto con su pareja por las finanzas

Historial legal

- ningún problema legal
- ahora bajo libertad condicional
- arresto(s) no relacionado con sustancias
- arresto(s) relacionado con sustancias
- el tribunal ordenó este tratamiento
- en cárcel/prisión _____ veces
- total de tiempo: _____

Describe la última dificultad legal

Historial sexual

- orientación heterosexual
- orientación homosexual
- orientación bisexual
- actualmente activo sexualmente
- actualmente satisfecho sexualmente
- actualmente insatisfecho sexualmente
- edad de su primera experiencia sexual _____
- edad de su primer embarazo/paternidad _____
- historial de promiscuidad edad _____ a _____
- historial de sexo sin protección/riesgoso edad _____ a _____

Información adicional

Historial cultural/espiritual/recreacional

identidad cultural (por ejemplo, etnicidad, religión)

Describe cualquier asunto cultural que contribuya al problema actual y/o que debe ser tomado en cuenta durante la planificación del tratamiento

- ¿Está activo actualmente en actividades de la comunidad o recreacionales?
- ¿Estuvo activo anteriormente en actividades de la comunidad o recreacionales?
- ¿Actualmente ocupado en pasatiempos?
- ¿Actualmente participa en actividades espirituales?

Si respondió "sí" a alguna pregunta anterior, describa

Fuentes de datos proporcionados anteriormente

- Información proporcionada por el paciente
- Una variedad de fuentes

Presentación de problemas/síntomas

- información proporcionada por el paciente
- padre/guardián del paciente
- otro _____

Historial familiar

- información proporcionada por el paciente
- padre/guardián del paciente
- otro _____

Historial de desarrollo

- información proporcionada por el paciente
- padre/guardián del paciente
- otro _____

Historial psiquiátrico/emocional

- información proporcionada por el paciente
- padre/guardián del paciente
- otro _____

Historial médico/uso de sustancias

- información proporcionada por el paciente
- padre/guardián del paciente
- otro _____

Historial socioeconómico

- información proporcionada por el paciente
- padre/guardián del paciente
- otro _____