

Ozark Guidance Adult Questionnaire/Cuestionario Para Adultos

Fecha: _____
 Nombre del Cliente: _____
 Dirección del Cliente: _____
 Número de Teléfono del Cliente: Casa: _____ Trabajo: _____
 Lugar de Trabajo del Cliente: _____
 Ocupación del Cliente: _____
 Guardian Legal: :(marque así ✓) Uno Mismo Madre Padre Abuelos DHS Otro
 (si es otro explique por favor): _____
 Nombre de la persona a llamar en caso de emergencia: _____
 Relación: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Estado Civil:(marque así ✓) Casado/a Soltero/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a
 Nombre de Esposo/Pareja: _____
 Dirección de Esposo/Pareja: (si la dirección es diferente) _____
 Teléfono de Esposo/Pareja: (si el teléfono es diferente) _____

¿Dónde/Cómo Vive?:

Vive solo Sin hogar Vive con familiares Internado en una Institución
 Vive con Amigos Situación Temporal Otro (especifique por favor) _____

Otros ocupantes de la casa:

Especifique por favor a cada uno de los que viven en la casa:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Trabaja</u>	<u>Va a la Escuela</u>
_____		sí no	sí no
_____		sí no	sí no
_____		sí no	sí no
_____		sí no	sí no

¿Ha tenido otro tratamiento psiquiátrico ? Sí No

Abuso de Substancias

¿Ha experimentado alguna vez con alcohol, marihuana, cocaína, pastillas, narcóticos, PCP ó alucinógenos?
 Sí No

Si es sí, favor de contestar la siguientes preguntas:

- 1) ¿Ha sentido alguna vez que debe de disminuir el abuso de substancias? Sí No
- 2) ¿La gente lo ha molestado al criticar su uso de substancias? Sí No
- 3) ¿Se ha sentido mal ó culpable acerca de su uso de substancias ? Sí No
- 4) ¿Ha tenido que usar substancias por las mañanas para calmar
 sus nervios ó deshacerse de la cruda ó para levantarse y moverse? Sí No
- 5) ¿Existen antecedentes de abuso de substancias en su familia? Sí No
- 6) ¿Ha recibido tratamiento por abuso de substancias alguna vez? Sí No

Si es sí, ¿Dónde recibió el tratamiento? _____

Favor de indicar con qué frecuencia usa lo siguiente: (cuánto, diario, a la semana, etc.)

Café regular _____ Té _____ Refrescos con cafeína _____
 Nicotina _____ Alcohol _____ Medicamento para dormir _____

Uso actual de Recursos Comunitarios

Favor de marcar con un circulo cualquiera de los recursos que actualmente usa:

Departamento de Servicios Humanos
Richardson Center
Autoridad en Viviendas

Departamento de Salud
Salvation Army
St. Francis House

Ayuda Legal
Schmeiding Center
Ozark Transit

Otro: _____

Evaluación de las Necesidades Nutricionales

¿Ha Ganado a perdido peso en los últimos seis meses y no sabe porque? Sí No

¿Ha tenido nauseas o vómito? Sí No

¿Cuál es su peso actual? _____

¿Requiere tener una dieta especial _____

(si contesto sí explique por favor): _____

Favor de circular en lo siguiente aquello con que tiene problemas actualmente:

Pérdida del sabor Alergia a algún alimento Hartazgo (comer de más) Purgandose

Diarrea crónica Otro: _____

Evaluación acerca del Dolor

¿Tiene dolor físico por el cuál no recibido cuidados? Sí No

(si contesto sí explique por favor): _____

Historial Médico

Médico de cuidado primario: _____

¿Cuándo fué la última vez que vió a su Medico? _____

30 Dias 90 Dias 6 Meses 9 Meses 12 Meses No se acuerda

Fecha del último exámen físico: _____

Favor de listar los medicamentos que está tomando y los que ha tomado ultimamente:

¿Es alérgico o sensible a algún medicamento? Sí No

Si es sí, favor de listarlo: _____

Promedio de horas que duerme por noche: _____

¿Duerme lo suficiente por la noche? Sí No

¿Cómo evaluaría su salud en general? Mala Regular Buena Excelente

Favor de listar cuál de las siguientes condiciones le aplica a usted ó a miembros de su familia (padres, abuelos, tíos/tías, hermanos/hermanas, hijos):

	Usted	Miembros de su Familia
Alcoholismo	_____	_____
Alergias	_____	_____
Depresión	_____	_____
Dolores de cabeza	_____	_____
Epilepsia	_____	_____
Enfermedad mental	_____	_____
Corto Lapso de atención	_____	_____
Hiperactividad	_____	_____
Comportamiento impulsivo	_____	_____
Lesiones en la cabeza	_____	_____
Problemas de aprendizaje	_____	_____
Otro:	_____	

¿Experimentó demora en el desarrollo del habla en su infancia? Sí No
 ¿Su madre experimentó complicaciones en el embarazo/parto de usted? Sí No

Evaluación Legal

¿Tiene usted algún cargo criminal en el pasado ó aún pendiente? Sí No
 Es usted requerido de entregar un reporte a su oficial de libertad vigilada/condicional Sí No
 Nombre del oficial de libertad vigilada (parole): _____
 Nombre del oficial de libertad condicional (probation) _____
 ¿Tiene usted algún mandato legal que implica servicios de salud mental Sí No

Evaluación emocional y de comportamiento

Circule por favor los problemas que ha estado experimentando:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|-------------|
| Ánimo inestable | Problemas con estrés | |
| Extremadamente activo | Confusión | |
| Extremadamente inactivo | Reacción a eventos traumáticos | |
| Problemas entre Relaciones | Problemas con otras personas | |
| Niveles altos de ansiedad | Comportamiento impulsivo | |
| Depresión | Duelo/Aflicción | Otro: _____ |

¿Desde cuándo han estado ocurriendo estos problemas?

Un mes Tres meses Seis meses Otro: _____

¿Qué tan seguido ocurren estos problemas?

Diario Semanal Mensual Otro: _____

1	2	3	4	5

Terrible Mal Regular Bien Excelente

De acuerdo a la escala anterior, evalúe como se siente respecto a las siguientes áreas de su vida. Escriba "N/A" si no es aplicable.

Dónde/Cómo vive _____ Empleo _____ Vida Social _____
 Estilo de vida _____ Hábitos Personales _____ Sus habilidades _____
 Relación con los demás _____ Relación con su familia _____

Ha sido lastimado/abusado: Sí No (favor, de circular todo lo que aplique)
Fisicamente Violación por acompañante Intimidación Emocional Abuso del cónyuge
Negligencia de los padres Sexual Disciplina severa Negligencia/indiferencia del cónyuge
Verbal
¿Cuándo ocurrieron estos eventos? _____

¿Cuál fué el evento(s) más traumático de su infancia?

¿Cuál fué el evento(s) más traumático en su vida de adulto?

Sistema de Apoyo

Favor de circular su fuente de apoyo emocional actualmente.

Esposo/Pareja Hijos Padre(s) Otros miembros de la Familia Amigos
Grupo en la Comunidad Otro: _____

¿Está en un relación estable actualmente? Sí No

¿Mantiene una relación estable por largos periodos de tiempo? Sí No

¿Está satisfecho con sus relaciones actualmente? Sí No

¿Hay asuntos sexuales ó de relación con los demás que quiera considerar en su tratamiento? Sí No

Si es sí, explique por favor: _____

Evaluación vocacional y de educación

Lugar de Trabajo: _____

Ocupación usual: _____

Años de escuela terminados _____

¿Tiene problemas en la escuela o el trabajo Sí No

Si es sí, explique por favor: _____

Clases especiales: Sí No

Dificultad para leer: Sí No

¿Desea estudiar o tener algún entrenamiento técnico? Sí No

¿Recibir material educativo en relación con su tratamiento es importante para usted? Sí No

Por favor marque así ✓ en los temas que usted desearía recibir mayor información

____ Plan de Tratamiento ____ Uso seguro y efectivo de medicamentos

____ Prácticas básicas de salud ____ Metodos para vivir independiente

____ Intervenciones nutricionales, dietas, salud oral.

Evaluación de las necesidades para el aprendizaje

¿Hay algún historial de dificultades de aprendizaje? Sí No

¿Necesita un interprete? Sí No

¿Cuál es el idioma que prefiere? _____

¿Prefiere algún metodo de enseñanza? Sí No **Por favor marque con un circulo:**

Visual (viendo); Auditivo (oyendo); Con las manos (haciendo); o, no está seguro cuál

¿Recibir material educativo en relación con su tratamiento es importante para usted? Sí No

Religión/Espiritualidad

¿Tiene asuntos espirituales y/o religiosos que desea sean considerados en su tratamiento? Sí No

Favor de explicarlo: _____

Circule por favor su orientación religiosa.

Protestante Católica Hindú Musulmán Testigo de Jehovah Judía

Santos de los últimos Dias Ninguna religion Otra: _____

Disposicion médica anticipada

Disposiciones Anticipadas (Advanced Directive) es un documento legal que permite a la persona dar instrucciones acerca de su cuidado médico o designar a otra persona(s) para que hagan las decisiones medicas en el caso que el paciente pierda la capacidad de tomar decisiones. Disposiciones Anticipadas pueden ser testamentos en vida, carta poder, o otros documentos similares que reflejen las preferencias individuales.

¿Existe algún documento con las dispociones médicas que usted desea que se realicen en caso necesario (living will)? Sí No ¿Si es si, dónde? _____

¿Si es no, le gustaría tener información sobre este tipo de documentos (living will)? Sí No

Miscelaneas

Favor de listar sus pasatiempos, actividades recreativas é intereses particulares:
