

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? Sí 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

