

**Cuestionario Adultos de Historia Personal (CAHP)**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de Contacto del Paciente

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

R.U.T.:

Información de persona cercana a quien llamar en caso de emergencia

Nombre:

Relación con el cliente:

Teléfono:

Información de otros profesionales de salud mental que entregan tratamiento

Nombre:

Profesión:

Teléfono:

Familia

A continuación, liste a todos los miembros de su familia de origen, incluyendo a sus padres, hermanos y hermanas. Puede incluir a otras personas (ejemplo: abuelos, padrastro, madrastra) si han sido importantes en su vida o se relacionan con sus dificultades actuales. En la pregunta “¿Dónde viven?”, escriba “Conmigo” para las personas que viven con usted. Para el resto, liste la ciudad y país donde viven. (incluya filas adicionales en esta sección o siga en el reverso si necesita más espacio).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Relación con usted | Sexo | Edad | ¿Dónde viven?Si no está vivo(a), escriba la fecha de fallecimiento |
| Madre | M F |  |  |
| Padre | M F |  |  |
| Hermano / Hermana | M F |  |  |
| Hermano / Hermana | M F |  |  |
| Hermano / Hermana | M F |  |  |
| Hermano / Hermana | M F |  |  |
| Hermano / Hermana | M F |  |  |
| Hermano / Hermana | M F |  |  |
| (otro) | M F |  |  |
| (otro) | M F |  |  |

**¿Han estado sus padres separados o divorciados?** Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿cuándo?

Por favor liste a su esposo(a), pareja, e hijos/as. Incluya también a los hijos de su pareja si viven regularmente con usted (incluya filas adicionales en esta sección o siga en el reverso si necesita más espacio).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Relación con usted | Sexo | Edad | ¿Dónde viven?Si no está vivo(a), escriba la fecha de fallecimiento |
|  | M F |  |  |
|  | M F |  |  |
|  | M F |  |  |
|  | M F |  |  |
|  | M F |  |  |
|  | M F |  |  |

**¿Con quién vive usted? y ¿Dónde vive? Si vive con personas que no nombró en las listas de su familia, por favor identifíquelos. Si vive solo periódicamente con algunas personas, por favor explique la situación.**

**Si está casado(a) o tiene una pareja estable, por favor describa cómo es su relación, cuando comenzó, problemas que tienen, y si su pareja tiene algún tipo de dificultad actualmente.**

**Por favor describa brevemente relaciones de pareja anteriores. Incluya cuando comenzó la relación, tiempo de duración, cómo terminó la relación, y contacto actual.**

**Si tiene hijos(as), ¿tienen alguna dificultad?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor describa.

**¿Alguien en su familia cercana ha sido hospitalizado por razones psiquiátricas o ha tenido problemas psicológicos importantes?**  Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor anote las fechas y describa el problema psiquiátrico.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Relación con usted | Fecha | Descripción |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**¿Alguien en su familia ha sufrido de adicción al alcohol o drogas?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor escriba la relación de esta persona(s) con usted y el tipo de adicción.

Historia de salud mental

**¿Ha estado en psicoterapia o consultado con un profesional de salud mental previamente?**  Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor liste las fechas, el nombre del profesional e institución, y el tipo de servicio que usted recibió. Por favor incluya los servicios que recibe actualmente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha inicio | Fecha término | Nombre institución y profesional | Tipo de Servicio que recibió(ejemplo: psicoterapia, evaluación, tratamiento psiquiátrico) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**¿Ha sido hospitalizado(a) por problemas emocionales?**  Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor liste las fechas, lugares, y razones.

**¿Ha tratado alguna vez de quitarse la vida?**  Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique las circunstancias.

**¿Ha pensado seriamente en quitarse la vida?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique las circunstancias.

**¿Ha tenido problemas legales?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique las circunstancias y el resultado.

**¿Ha tenido alguna vez una experiencia sexual no deseada?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique.

**¿Ha sido víctima de maltrato físico o psicológico?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique.

**¿Ha experimentado alguna situación temprana adversa (ej: separación prolongada de sus padres o cuidador, accidente importante, presenciado violencia en casa, presenciado abuso de alcohol o drogas, enfermedad catastrófica suya o de un ser querido, muerte inesperada de un ser querido, pobreza extrema, vivir en un entorno social violento, etc.)?**

Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique.

Salud

**¿Cuánto pesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y cuánto mide \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?**

**¿Cuál considera que es su peso ideal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Hay algún aspecto de su cuerpo que le moleste o disguste?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique.

**¿Ha tenido alguna enfermedad médica importante?**  Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor describa.

**En promedio, ¿cuántas horas duerme cada noche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene dificultades para dormir?**  Sí No

**¿Hace alguna actividad física regularmente (ej: gimnasio, deporte, salir a caminar)?**

Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor describa y explique la frecuencia.

Marque la frecuencia con que ha consumido:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca | Rara vez | Frecuentemente | Muy frecuentemente | Cantidad de consumo semanal Ejemplo: 2-4 tragos a la semana |
| Alcohol | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Marihuana | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Tranquilizantes | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Sedantes | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Aspirina | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Cocaína | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Remedios para el dolor | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Cafeína | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Tabaco | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Narcóticos | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Estimulantes | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| Alucinógenos (LSD, etc) | 0 | 1 | 2 | 3 |  |
| (otro) | 0 | 1 | 2 | 3 |  |

**Por favor indique cualquier remedio que está tomando actualmente o ha tomado en los últimos 6 meses, comprados con y sin receta médica. Por favor especifique hace cuánto tiempo toma el remedio y la cantidad.**

**Por favor describa cualquier preocupación que tenga en relación a su salud (ejemplo: alergias, problemas para dormir o comer, síntomas físicos) que no haya descrito previamente.**

**¿En general, cómo es su estado de salud actual?**

Información demográfica adicional

**¿Cuál es el nivel de educación más alto completado por usted?**

¿Estudia actualmente? Sí No

**Si su respuesta es Sí, por favor indique qué estudia y dónde.**

**¿Trabaja actualmente?** Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor indique:

1. *¿En qué trabaja?*
2. *¿Hace cuanto tiempo está en este trabajo?*
3. *¿Está satisfecho con su trabajo?* Sí No

Si su respuesta es No, por favor explique:

**¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?**

**¿Se encuentra en este momento con problemas económicos importantes?**

Sí No

Si su respuesta es Sí, por favor explique.

**Si está casado(o) o vive con su pareja, por favor indique la ocupación de él o ella.**

Varios

**¿Profesa alguna religión?** Sí No

En caso de que Sí, por favor describa y explique el rol que juega en su vida.

**Describa su forma de ser.**

**Describa la forma de ser de alguna persona cercana a usted (ej: mamá, papá, pareja, etc.)**

**¿Cuál es su orientación sexual? Por favor marcar en continuo de totalmente homosexual/lesbiana a totalmente heterosexual.**

Homosexual/ Bi-sexual Heterosexual

Lesbiana

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

 **En promedio, ¿cuántas horas usa redes sociales al día? (ej: Facebook, Instagram, Twitter)**

**¿Qué actividades hace habitualmente que disfruta?**

Historia de vida

Por favor describa sus experiencias más importantes durante los siguientes períodos de su vida.

0-5 años

6-10 años

11-15 años

16-20 años

21-25 años

26-30 años

31-35 años

36-40 años

41-45 años

46-50 años

51-55 años

56-60 años

61-65 años

Después de los 65 años

Motivo de consulta

**¿Por qué necesita ayuda en este momento?, ¿Por qué consulta ahora?**

**¿Cuándo comenzaron sus dificultades?**

**Por favor entregue más información sobre sus problemas y preocupaciones.**

|  |
| --- |
| Problema 1: |
| ¿En general, cuánto le molesta este problema (marque uno de los números)? |
| Nada No podría ser peor |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

|  |
| --- |
| Problema 2: |
| ¿En general, cuánto le molesta este problema (marque uno de los números)? |
| Nada No podría ser peor |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

|  |
| --- |
| Problema 3: |
| ¿En general, cuánto le molesta este problema (marque uno de los números)? |
| Nada No podría ser peor |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

**¿Qué tipo de ayuda está buscando?**

**¿Cree que sus problemas y preocupaciones actuales reflejan problemas o formas de ser, que usted tiene hace mucho tiempo?**

|  |
| --- |
| Para nada Muchísimo |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

**¿Cuánto tiempo espera que dure la terapia?**

Información adicional

Si hay más información importante sobre usted o su familia que no le hayamos preguntado (ej: adopción, divorcio, eventos traumáticos, etc.) por favor escríbala aquí.