



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 nombré 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	Frecuentemen te	Muy frecuentemen te	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:

- a) *¿En qué trabaja?*
- b) *¿Hace cuanto tiempo está en este trabajo?*
- c) *¿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/
Lesbiana

Bi-sexual

Heterosexual

|-----|-----|

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 peor					No podría ser			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

Problema 3:								
¿En general, cuánto le molesta este problema (marque uno de los números)?								
Nada peor					No podría ser			
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.