

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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
-------	--------------

¿Haya alguna información adicional relevante que no se haya mencionado anteriormente? Sí No
Si responde "Sí", por explique.

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AAAA