



Date: _____

CLIENT MEDICAL HISTORY

Client Name: _____ **Age:** _____ **Date of Birth:** _____

Physician Name: _____ **Phone #:** _____

Date of Last Medical Exam: _____

Current Prescription Medications & Dosages: _____

Current Nonprescription Medications: _____

Do you currently use any of the following? *(Check all that apply)*

Alcohol Marijuana/Hash Inhalants (Paint/Glue/Gasoline/Cleaning supplies etc.) Pain Killers (Heroin, Methodone, OxyContin, Vicodin, etc.) Prescription Meds Crystal Meth Ecstasy Caffeine Cocaine PCP(Angel Dust) Magic Mushrooms Special K LSD Nicotine (Cigarettes/Cloves) Anabolic steroids

Other: _____

Previous Psychotherapy/Counseling: Yes No Dates: _____ Reason: _____

Medical History *(Check all that apply and fill-in description)*

Past	Present	Condition	Description
		Heart Trouble	
		Shortness of Breath	
		Pain or pressure in chest	
		High Blood Pressure	
		Stomach problems	
		Dizziness or Fainting	
		Diabetes	
		Unusual Bleeding	
		Frequent or Severe Headaches	
		Epilepsy, convulsions, fits	
		Stroke	
		Head Injury	
		Back Problems	
		Kidney Trouble	
		Bedwetting or soiling	
		Hepatitis, jaundice or liver trouble	
		Pregnancy	
		Other Serious Illnesses	
		Suicidal Thoughts/Attempts	
		Hospitalization(s)	
		Psychological Evaluation (s)	
		Mental Illness Diagnosis(s)	

Client Signature: _____ **Date:** _____

Parent/Guardian's Signature: _____ **Date:** _____

Parent/Guardian's Signature: _____ **Date:** _____



Fecha: _____

HISTORIA MEDICA DEL CLIENTE

Nombre Del Cliente: _____ **Edad:** _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Nombre de su Medico: _____ **# De Telefono:** _____

Fecha del último examen médico: _____

Prescripción de medicamentos y dosis actuales: _____

Medicamentos sin receta médica: _____

¿Usted Utiliza lo Siguiente? *(Marque todo lo que corresponda)*
 Alcohol Marijuana/Hachís Inhalantes (Pintura/ Gasolina/ Productos de limpieza, etc.) Analgésicos (Heroína, Metadona, OxyContin, Vicodin, etc.) Medicamentos con receta Metanfetamina de cristal Éxtasis Cafeína Cocaína Feniclidina (Polvo de Angel, PCP) Hongos Mágicos Ketamina Acido (LSD) Nicotina (Cigarrillos/Clavos de olor) Esteroides Anabólicos
 Otro: _____

Psicoterapia/asesoramiento anterior: Si No Fechas: _____ Razón: _____

Historial Médico *(Marque todo lo que corresponda y complete la descripción)*

Pasado	Presente	Condición	Descripción
		Problemas del Corazón	
		Dificultad para respirar	
		Dolor o presión en el pecho	
		Alta Presión	
		Dolores del Estomago	
		Mareos o desmayos	
		Diabetes	
		Sangramiento anormal	
		Dolores de cabeza frecuentes o severos	
		Epilepsia, convulsions o ataques	
		Derrame Cerebral	
		Lesión en la cabeza	
		Dolor de Espalda	
		Problemas en los riñones	
		Mojar la cama o evacuación	
		Hepatitis, ictericia o problemas hepáticos	
		Embarazo	
		Otras enfermedades	
		Pensamientos / intentos suicidas	
		Hospitalización (es)	
		Evaluación Psicológica (s)	
		Diagnóstico de enfermedad mental (es)	

Firma Del Cliente: _____ **Fecha:** _____
Firma Del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____
Firma Del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____