



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

¿Psicoterapia/asesoramiento anterior?    Yes    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:** \_\_\_\_\_

