



HISTORIA MÉDICA Y PSICOSOCIAL DEL ADULTO

Fecha: _____

Nombre Completo:		Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado Civi: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado (No. de veces _____) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Cohabitando <input type="checkbox"/> Soltero					
Número total de personas que viven en su casa			Edades de los niños:		
Educación más alta terminada: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Alguna Universidad <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> JD <input type="checkbox"/> MA/PhD					
Empleo: <input type="checkbox"/> tiempo completo <input type="checkbox"/> tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante Cargos:					
Origen Étnico:		Religión:		Practicante/Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita usted alguna asistencia cultural o de lenguaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especificar:					
¿Por qué ha venido usted aquí a verme?					
¿Qué síntomas ha notado?					
¿Cuándo empezó el problema por primera vez?					
Escribir los médicos (y sus números de teléfono) que usted ha visto para esta condición. <i>Nadie será contactado sin su permiso.</i>					
Enumere cualquier medicamento que haya tomado para estas condiciones actuales.					
Medicamentos Actuales	Dosis	Frecuencia	Por cuánto tiempo?	Dr. Que Prescribió el Medicamento	
Liste cualquier / todas las alergias: <input type="checkbox"/> Ninguno					
Indique si tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes condiciones. (Marque todo lo que corresponda)					
	<u>Lado de la Madre</u>	<u>Lado del Padre</u>		<u>Lado de la Madre</u>	<u>Lado del Padre</u>
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorden neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tics motores o vocales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas de atención o concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Falta de coordinación motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad médica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depresión o manía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ansiedades o fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psicosis o esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de relaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ospitalizacion psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suicidio/intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique alguna de las condiciones que lo describen cuando era niño:					<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Egoísta	<input type="checkbox"/> Ladrón	<input type="checkbox"/> Desatento	<input type="checkbox"/> Discutidor	<input type="checkbox"/> Distruido	<input type="checkbox"/> Triste
<input type="checkbox"/> Desafiante	<input type="checkbox"/> Lastima Anim	<input type="checkbox"/> Inquieto	<input type="checkbox"/> Intencional	<input type="checkbox"/> Impaciente	<input type="checkbox"/> Enfermiz
<input type="checkbox"/> Provoca fuegos	<input type="checkbox"/> Destructivo	<input type="checkbox"/> Anti-autoridad	<input type="checkbox"/> Grita en clase	<input type="checkbox"/> Abusivo	<input type="checkbox"/> Ansioso
<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Mentiroso	<input type="checkbox"/> Peleador	<input type="checkbox"/> Acosador	<input type="checkbox"/> Tramposo	<input type="checkbox"/> Perdedor
<input type="checkbox"/> Corta atención	<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Comportamientos Riesgosos	<input type="checkbox"/> No puede esperar turno	<input type="checkbox"/> Odioso	<input type="checkbox"/> Acosador
<input type="checkbox"/> Quejoso	<input type="checkbox"/> Demandante	<input type="checkbox"/> Irresponsable	<input type="checkbox"/> Irrespetuoso	<input type="checkbox"/> Indiferente	<input type="checkbox"/> Poco atractivo

PROBLEMAS MÉDICOS - Liste todos los problemas médicos pasados y presentes, incluyendo cirugías o accidentes Ninguno

Describa la Enfermedad	Edad de inicio del Problema

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA - Liste las hospitalizaciones que haya tenido por problemas psiquiátricos (ya sea para el problema actual u otras razones). Utilice el otro lado de esta página si necesita más espacio. Ninguno

Quando	Donde	Por qué

Consulta EXTERNA – Liste algun tratamiento externo que haya tenido para lo siguiente: Ninguno

Problema	Quando	Donde	Especifique la Razon
Salud Mental			
Abuso de Sustancias			
Juegos de Apuesta			

ESTRESORES RECIENTES - Marque cualquiera de los siguientes eventos que han ocurrido en los últimos 2 años. (Marque todos los que se apliquen) Ninguno

<input type="checkbox"/> Noviazos	<input type="checkbox"/> Casarse	<input type="checkbox"/> Separación	<input type="checkbox"/> Se divorcio	<input type="checkbox"/> Muerte de esposo u otro relacion
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Se retiro	<input type="checkbox"/> Niño fuera del hogar	<input type="checkbox"/> Familia mezclado	<input type="checkbox"/> Ruptura de una relacion importante
<input type="checkbox"/> Mudanza/casanueva	<input type="checkbox"/> Ejecución hipotecaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad grave	<input type="checkbox"/> Lesion personal	<input type="checkbox"/> Mala Salud/comportamiento de un miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Debe dinero	<input type="checkbox"/> Bancarota	<input type="checkbox"/> Problemas legales	<input type="checkbox"/> Cuidar a los padres ancianos o enfermos
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)				

Muchos de los siguientes problemas pueden parecer extraños, difíciles de responder o podrían no aplicarse en su caso, pero haga lo posible por responder. Marque las siguientes declaraciones según su experiencia. (Marque todo lo que corresponda)

Aunque no está en las drogas, recuerdo experimentar el siguiente: (Marque todos los que se apliquen) Ninguno

<input type="checkbox"/> He tenido cambios de humor severos.	<input type="checkbox"/> He tenido pensamientos extraños o muy inusuales.
<input type="checkbox"/> He escuchado voces o hablé conmigo mismo.	<input type="checkbox"/> He tenido alucinaciones o he visto cosas que otros no pueden ver.
Suicidio	<input type="checkbox"/> He pensado en el suicidio. Si es así, ¿cuándo fue la última vez?
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> He intentado suicidarse. Si es así, cuándo y cómo?
Violencia	<input type="checkbox"/> He pensado en lastimar a alguien. Si es así, ¿cuándo fue la última vez?
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> He hecho daño o lastimado a alguien. Si es así, cuándo y cómo?
	<input type="checkbox"/> Estoy pensando en lastimar a alguien ahora. Si es así, ¿quién?
Asuntos Legales	<input type="checkbox"/> He sido arrestado. Si es así, ¿cuándo / qué razón?
	<input type="checkbox"/> He sido condenado por un delito grave. Si es así, ¿cuándo / qué razón?
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Tengo una demanda pendiente. Explique, por favor.

De fumar <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> He fumado/masticado tabaco	¿Cuántos paquetes al día?	¿Por cuanto tiempo?
Bebidas con cafeína <input type="checkbox"/> Nunca	Tomo tantas tazas de café por día.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> No diariamente	
	Tomo tantas tazas de té por día.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> No diariamente	
	Tomo tantas latas de refresco por día.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> No diariamente	
Cambios de peso <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> He perdido/ganado mas de 10 lbs. en los últimos 6 meses.	Peso actual: _____ lbs.	Altura actual: _____ pie _____ pulgada
Problemas Femeninos <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Tengo periodos menstruales irregulares. <input type="checkbox"/> Siento dolor e incomodidad durante los periodos menstruales. <input type="checkbox"/> Me pongo de mal humor, irritable, deprimido o irracional durante mi periodo.	<input type="checkbox"/> He estado embarazada _____ veces <input type="checkbox"/> He tenido _____ abortos espontáneos. <input type="checkbox"/> He tenido _____ abortos. <input type="checkbox"/> He dado a luz _____ veces.	<input type="checkbox"/> Tomo anticonceptivos orales. <input type="checkbox"/> Los anticonceptivos afectan mi estado de ánimo. <input type="checkbox"/> Actualmente estoy en la menopausia. <input type="checkbox"/> Estoy pasado la menopausia.
Problemas sexuales <input type="checkbox"/> Ninguno	Para los hombres:	<input type="checkbox"/> Compañera <input type="checkbox"/> Masturbación	<input type="checkbox"/> Falta de interés <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil <input type="checkbox"/> Eyaculación <input type="checkbox"/> Eyaculación precoz
	Para mujeres:	<input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/> Masturbación	<input type="checkbox"/> Falta de interés <input type="checkbox"/> Sin orgasmo <input type="checkbox"/> Sentirse usado <input type="checkbox"/> Orgasmo doloroso
Tristeza y depression <input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica	<input type="checkbox"/> Paso por periodos de tristeza o depresión. <input type="checkbox"/> Pierdo interés en todo. <input type="checkbox"/> Pierdo o aumento de peso y apetito cuando me siento triste. <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. <input type="checkbox"/> Estos sentimientos y pensamientos surgen de la nada. <input type="checkbox"/> Estos sentimientos y pensamientos han empeorado en las últimas 2 semanas. <input type="checkbox"/> He tenido estos estados de ánimo constantemente durante al menos 1 año.	<input type="checkbox"/> Tengo periodos de baja energia. <input type="checkbox"/> Tengo periodos de actividades lentas o inquietud. <input type="checkbox"/> Tengo dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado. <input type="checkbox"/> Estos pensamientos y estados de ánimo van y vienen. <input type="checkbox"/> Estos pensamientos o sentimientos surgen como reacción cuando sucede algo malo. <input type="checkbox"/> Dura mucho tiempo.	
Dormido <input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica	<input type="checkbox"/> Tiendo a dormir demasiado. <input type="checkbox"/> Necesito siestas regulares. <input type="checkbox"/> Me cuesta mucho conciliar el sueño. <input type="checkbox"/> Me despierto en medio de la noche o muy temprano por la mañana.	<input type="checkbox"/> Tengo pesadillas. <input type="checkbox"/> Me despierto le falta el aire o en estado de pánico. <input type="checkbox"/> Me despierto con dolores de cabeza.	
Ansiedad o Miedo Responda estas preguntas según se apliquen a sus sentimientos o síntomas la mayoría de los días durante los últimos 6 meses. <input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica	<input type="checkbox"/> Me siento al borde, temeroso o ansioso. <input type="checkbox"/> Me fatigo fácilmente. <input type="checkbox"/> Tengo dificultades para concentrarme o mi mente se queda en blanco. <input type="checkbox"/> Me siento irritable. <input type="checkbox"/> Tengo la tensión muscular. <input type="checkbox"/> Me siento entumecido o como si estuviera fuera de mi cuerpo. <input type="checkbox"/> Tengo escalofríos o sofocos. <input type="checkbox"/> A veces siento que las cosas no son reales. <input type="checkbox"/> A veces siento que me estoy volviendo loco o perdiendo el control. <input type="checkbox"/> Tengo un miedo a morir. <input type="checkbox"/> Tengo problemas para salir de mi casa, estar en multitudes o hablar en público. <input type="checkbox"/> Tengo miedos poco realistas de personas, lugares o cosas. <input type="checkbox"/> Tengo recuerdos que son tan reales que siente el evento como que está sucediendo realmente. <input type="checkbox"/> A menudo recuerdo cosas terribles que me han sucedido o que he visto.	<input type="checkbox"/> He tenido problemas para dormir (para quedarse o permanecer dormido). <input type="checkbox"/> Me preocupo excesivamente por cosas que no puedo controlar. <input type="checkbox"/> Cuando estoy nervioso, siento que mi corazón late rápido o se salta un latido. <input type="checkbox"/> Cuando estoy nervioso, me siento tembloroso, sudoroso o sonrojado. <input type="checkbox"/> Cuando estoy nervioso, tengo problemas para respirar o tragar. <input type="checkbox"/> Cuando estoy nervioso, siento dolor o molestias en el pecho. <input type="checkbox"/> Cuando estoy nervioso, me siento náuseas o enfermo del estómago. <input type="checkbox"/> Cuando estoy nervioso, me mareo o me siento débil. <input type="checkbox"/> Mi ansiedad viene en ataques y desaparece igual de rápido. <input type="checkbox"/> Mi ansiedad afecta a los aspectos de mi vida. <input type="checkbox"/> Me siento ansioso y nervioso todo el tiempo. <input type="checkbox"/> Estos sentimientos duran solo unos pocos días.	
El bienestar emocional <input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica	<input type="checkbox"/> He tenido movimientos corporales o faciales extraños. <input type="checkbox"/> Siento que tengo que aclararme la garganta o la nariz oliendo a menudo. <input type="checkbox"/> Mis manos tiemblan la mayor parte del tiempo. <input type="checkbox"/> Otras partes de mi cuerpo se sacuden o se contraen incontrolablemente. <input type="checkbox"/> Otras partes de mi cuerpo se sacuden o se contraen sin control cuando me siento nervioso. <input type="checkbox"/> Otras partes de mi cuerpo se sacuden o se contraen incontrolablemente por la noche cuando intento dormir. <input type="checkbox"/> A menudo como más cantidades de comida de lo normal a la vez. <input type="checkbox"/> Tomo laxantes, me vomito o hago ejercicio en exceso para evitar subir de peso. <input type="checkbox"/> Estoy preocupado por mi impulso o comportamiento sexual de alguna manera.	<input type="checkbox"/> Me preocupan algunos de mis hábitos sexuales que creo que son inaceptables. <input type="checkbox"/> He sido abusada sexualmente o molestada. <input type="checkbox"/> Cuando estaba creciendo, he sido testigo o experimentado abuso físico por parte de los cuidadores. <input type="checkbox"/> He tenido apagones, ataques o convulsiones. <input type="checkbox"/> Me desmayé y luego oriné o ensucié mi ropa. <input type="checkbox"/> Huelo cosas que nadie más huele, como goma quemada, orina, heces o medias viejas. <input type="checkbox"/> Escucho o veo cosas que otras personas no ven ni escuchan. <input type="checkbox"/> Tengo dolores de cabeza a menudo. <input type="checkbox"/> Me pierdo o tengo problemas con mi memoria con frecuencia. <input type="checkbox"/> He sentido que las paredes respiraban o que los objetos cambiaban de tamaño.	

Patient Name: _____

<p>El bienestar emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica</p>	<p><input type="checkbox"/> He tenido pensamientos que simplemente no desaparecerán.</p> <p><input type="checkbox"/> Hago cosas una y otra vez y casi no puedo parar.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento la necesidad de revisar mi cuerpo a menudo, cerrar la puerta, lavarse las manos, contar una y otra vez, o tener todo a la perfección.</p> <p><input type="checkbox"/> Si trato de controlar estos comportamientos, me siento incómodo o ansioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Otras personas podrían describirme como rígido.</p> <p><input type="checkbox"/> Me tomo las cosas muy en serio hasta el punto de que tengo rituales, rutinas o hábitos que no parecen tener ningún sentido.</p> <p><input type="checkbox"/> Tiendo a tratar a los demás muy mal.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros pueden pensar que tiendo a ser grosero, hostil o discutor.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento vergüenza o lamentar más adelante.</p> <p><input type="checkbox"/> He pasado varias noches sin dormir.</p> <p><input type="checkbox"/> He gastado mucho dinero.</p> <p><input type="checkbox"/> He usado cantidades excesivas de drogas o alcohol.</p>	<p><input type="checkbox"/> He sentido mucha energía, o poderosa, excepcional o superior.</p> <p><input type="checkbox"/> Actúo o siento increíblemente fuerte o inteligente.</p> <p><input type="checkbox"/> Me he sentido extremadamente celoso o envidioso.</p> <p><input type="checkbox"/> He tenido momentos en que dejé de cuidarme, como bañarme, afeitarme o vestirme.</p> <p><input type="checkbox"/> Me han sucedido cosas extrañas, como escuchar voces, maldecir o hablar.</p> <p><input type="checkbox"/> La radio o la televisión me hablaban como si algunos programas fueran dirigidos especialmente para mí.</p> <p><input type="checkbox"/> He tenido pensamientos o creencias que otros podrían encontrar irracionales o difíciles de creer.</p> <p><input type="checkbox"/> Parece que tengo más de un número normal de enfermedades o afecciones médicas.</p> <p><input type="checkbox"/> He regalado cosas que atesoro.</p>									
<p>Juego</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica</p>	<p>Yo juego <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4-5 veces a la semana <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p>Cuando juego, generalmente gasto = \$ _____ La mayor cantidad de dinero que he ganado = \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuanto más dinero juegue, más emocionante se siente!</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre pienso en formas de aumentar mis posibilidades de ganar.</p> <p><input type="checkbox"/> Pienso cuándo y dónde voy a apostar a continuación.</p> <p><input type="checkbox"/> Me pongo inquieto e irritable cuando trato de reducir o dejar de jugar.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando pierdo dinero jugando, vuelvo otro día para desquitarme.</p> <p><input type="checkbox"/> He cometido actos ilegales para pagar el juego (es decir, pasar cheques sin fondos o tomar dinero que no me pertenecía, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> He arriesgado o perdido una relación significativa, un empleo o una oportunidad educativa debido al juego.</p> <p><input type="checkbox"/> He confiado en otros para proporcionar dinero para aliviar una situación financiera desesperada causada por el juego.</p> <p>La última vez que jugué fue: _____ ¿Cuántos años he estado jugando? _____</p>										
<p>Uso de alcohol y drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de las declaraciones aplica</p>	<p>Yo tomo alcohol <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-5 veces a la semana <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p>En un día normal, suelo beber <input type="checkbox"/> 1-2 tiros/botellas de cerveza <input type="checkbox"/> 3-6 tiros/botellas de cerveza <input type="checkbox"/> más de 6 tiros/botellas de cerveza</p> <p>Lo máximo que he bebido en un período de 24 horas fue: <input type="checkbox"/> 1-2 tiros/cervezas <input type="checkbox"/> 3-6 tiros/cervezas <input type="checkbox"/> más de 6 tiros/cervezas</p> <p>La última vez que tomé un trago fue: _____ ¿Cuántos años llevo bebiendo? _____</p> <hr/> <p>He tomado o experimentado con las siguientes sustancias: <i>(Marque todas las que correspondan)</i></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marijuana/Cannabis</td> <td><input type="checkbox"/> Cocaína</td> <td><input type="checkbox"/> Loritabs, Oxycontin, Vicodin, u otros analgésicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heroína/Opiáceo</td> <td><input type="checkbox"/> LSD / Alucinógenos / PCP</td> <td><input type="checkbox"/> Inhalantes, pegamento, pintura, gasolina, aerosoles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anfetamina</td> <td><input type="checkbox"/> Xanax, Valium, Ativan, etc.</td> <td><input type="checkbox"/> Otros <i>(especificar)</i> _____</td> </tr> </table> <p>Yo uso drogas <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-5 veces a la semana <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente</p> <p>La última vez que usé drogas fue: _____ ¿Cuántos años llevo usando? _____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Me dijeron o sentí que debería reducir mi consumo de alcohol o drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> Me ha molestado la gente que me critica por mi consumo de alcohol o drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> Me he sentido mal o culpable por mi consumo de alcohol / drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> He bebido o usado drogas a primera hora de la mañana como una revelación para calmar mis nervios o deshacerme de mi resaca.</p>		<input type="checkbox"/> Marijuana/Cannabis	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Loritabs, Oxycontin, Vicodin, u otros analgésicos	<input type="checkbox"/> Heroína/Opiáceo	<input type="checkbox"/> LSD / Alucinógenos / PCP	<input type="checkbox"/> Inhalantes, pegamento, pintura, gasolina, aerosoles	<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Xanax, Valium, Ativan, etc.	<input type="checkbox"/> Otros <i>(especificar)</i> _____
<input type="checkbox"/> Marijuana/Cannabis	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Loritabs, Oxycontin, Vicodin, u otros analgésicos									
<input type="checkbox"/> Heroína/Opiáceo	<input type="checkbox"/> LSD / Alucinógenos / PCP	<input type="checkbox"/> Inhalantes, pegamento, pintura, gasolina, aerosoles									
<input type="checkbox"/> Anfetamina	<input type="checkbox"/> Xanax, Valium, Ativan, etc.	<input type="checkbox"/> Otros <i>(especificar)</i> _____									
<p>Da más información, si puedes.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											

Patient Signature: _____

Reviewed by
Clinician: _____

Date: _____

Al escribir su nombre en la línea de firma y marcar esta casilla, certifica que es legalmente responsable de firmar y enviar este documento electrónicamente. GUARDE ESTE DOCUMENTO EN SU DISPOSITIVO, ADJÚNTELO A UN CORREO ELECTRÓNICO Y ENVÍELO A INTAKE@HBINetwork.COM.

Patient Name: _____