



ADMINISTRACIÓN DE OPIOIDES INGRESO DE PACIENTES NUEVOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tómese unos minutos para completar esta ficha médica para facilitar su cita hoy

Antecedentes psiquiátricos pasados

¿Tratamiento ambulatorio anterior? Sí | No

En caso afirmativo, describa:

<u>Quando</u>	<u>Por quién</u>	<u>Naturaleza del tratamiento</u>

¿Hospitalización psiquiátrica anterior? Sí | No

En caso afirmativo, describa:

<u>Quando</u>	<u>Dónde</u>	<u>Razón</u>

¿Medicamentos psiquiátricos pasados? Sí | No

En caso afirmativo, describa:

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Con qué frecuencia lo tomas?</u>	<u>Para qué sirve</u>	<u>Quien lo prescribe</u>

¿Actualmente está viendo a un proveedor de salud mental? Sí | No

Nombre del proveedor: _____

Diagnóstico: _____

¿Qué te trae a la consejería actualmente? ¿Hay algo específico, como un evento en particular? Sé tan detallista como puedas:

¿Tienes algún pensamiento de hacerte daño? Sí | No

Lista de verificación de síntomas:

	S	N		S	N
Estado de ánimo deprimido			Cambio en el apetito		
Pensamientos de carreras			Energía excesiva		
Preocupación excesiva			Culpa excesiva		
Incapaz de disfrutar de las actividades			Irritabilidad aumentada		
Impulsividad			Fatiga		
Ataques de ansiedad			Episodios de llanto		
Alteración del patrón de sueño			Disminución de la libido		
Aumentar el comportamiento de riesgo					
Evitación					
Pérdida de interés					
Aumento de la libido					
Alucinaciones					
Concentración/Olvido					
Disminuir la necesidad de dormir					
Recelo					

¿Ha sido tratado por depresión, ansiedad, enfermedad bipolar o TDA? Sí | No

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias (como alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, heroína, analgésicos y/u otros)? Sí | No

¿Utiliza sustancias ilícitas? Sí | No

¿Tienes problemas de juego? Sí | No

¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias (ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio)? Sí | No

¿Alguna vez ha sido arrestado por DWI, intoxicación pública y/o posesión de sustancias controladas? Sí | No

¿Algún consumo de tabaco? Sí | No | Uso anterior

En caso afirmativo, paquetes por día. _____ por _____ años. Si es usuario anterior, ¿año de abandono? _____

¿Tiene antecedentes familiares de abuso de sustancias o enfermedades psiquiátricas? Sí | No

¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a los analgésicos opioides, incluida una sobredosis, tolerancia o abstinencia? Sí | No

Alergias (Enumere todos los medicamentos/alergias a medicamentos con la reacción):

<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Reacción:</u>

--	--

Medicación actual (Por favor enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente):

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Direcciones</u>	<u>Para qué sirve</u>	<u>Quien lo prescribe</u>

Farmacia preferida: Advanced Rx Otro: _____

***Advanced Rx recogida o envío por correo disponible al día siguiente (envío y manejo incluidos) ***

Proporcione sus condiciones médicas/diagnósticos anteriores

<u>Condición/Diagnóstico</u>	<u>Detalles</u>	<u>Médico tratante</u>

Proporcione su historial quirúrgico pasado

<u>Fecha de la cirugía</u>	<u>Tipo de Cirugía</u>	<u>Hospital</u>	<u>Interpretado por</u>

Hospitalización distinta a cirugía (incluir fechas): _____

Antecedentes médicos familiares:

¿Ha tenido tu madre alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Tu padre alguna vez ha tenido: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Alguno de tus hermanos ha tenido alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Alguno de sus hijos ha tenido alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Los padres de tu madre han tenido alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Los hermanos de tu madre han tenido alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Los padres de tu padre han tenido alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

¿Los hermanos de tu padre han tenido alguna vez: Diabetes Hipertensión Cáncer Otro _____

Cualquier otro historial familiar y relación con usted: _____

Firma del paciente: _____ Iniciales del empleado: _____ Iniciales del proveedor: _____