

PSICOLOGÍA

(Cuestionario)

HISTORIA CLÍNICA N°

--	--	--	--	--	--	--	--

 (Consiglar N° Documento)

Apellido y Nombres: _____

Edad: _____ Tarea: _____

MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA

1. ¿Ha sufrido o sufre frecuentemente crisis de llanto Si No
tristeza Si No
angustia Si No

2. ¿Ha sentido o siente frecuentemente asfixia Si No
ahogo Si No
palpitaciones Si No
temblores Si No
sudoración Si No

3. ¿Ha sufrido o sufre frecuentemente insomnio? Si No

4. ¿Ha tenido o tiene frecuentemente pesadillas? Si No

5. ¿Ha sufrido pérdidas importantes que hayan modificado su forma de ser? Si No
Tipo de pérdida: _____

6. ¿Ha sufrido o sufre miedos frecuentemente? Si No
¿Cuales? _____

7. ¿Ha sufrido golpes en la cabeza de importancia? Si No
Causas: _____

8. ¿Ha tenido o tiene convulsiones? Si No
Causas: _____

9. ¿Ha tenido o tiene idea de hacerse daño a si mismo? Si No

10. Hábitos: tabaco Si No
Circunstancias: _____ alcohol Si No
drogas Si No
otros Si No

11. ¿Cómo utiliza el tiempo libre?

12. ¿Cuando está nervioso ha notado cambios y/o trastornos corporales y fisiológicos? Si No
¿Cuáles? _____

13. ¿Tiene estados depresivos durante el día? Si No
¿En que momento? _____

14. ¿Ha recibido tratamiento psicológico Si No
psiquiátrico Si No
neuroológico Si No

15. ¿Ha tomado o toma medicación para los nervios? Si No
¿Cuál? _____

16. ¿Ha estado o esta con licencia por psicología Si No
psiquiatría Si No
neurología Si No

17. ¿Ha tenido o tiene dificultades con el deseo y/o la actividad sexual? Si No
Motivos: _____

Esta encuesta tiene valor de Declaración Jurada

Firma y Aclaración del Agente

Para ser llenado por el Psicólogo

CONCLUSIONES:

Firma del Psicólogo

Sello del Psicólogo
