CUESTIONARIO DE DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Diagnóstico (marque todos los que corresponden)

☐ Ansiedad generalizada	☐ Trastorno obsesivo-compulsivo	☐ Trastorno de pánico
☐ Depresión leve o moderada	☐ Trastorno bipolar	☐ Esquizofrenia
☐ Depresión severa	☐ TDAH / TDA	☐ Otro:

Por favor describa los síntomas del paciente, la frecuencia, severidad y condición actual:

Fecha del primer síntoma	
DD / MM / AA	
Fecha del último síntoma	
DD / MM / AA	

¿Está o estuvo el paciente tomando medicamentos para tratar esta condición? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por favor indique el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia de uso.

Desde	
DD / MM / AA	
Hasta	
DD / MM / AA	

¿Consulta el paciente a un médico/psiquiatra por esta condición? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia.

¿Ha recibido el paciente terapia o consejo psicológico para tratar esta condición? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por favor indique la frecuencia y la fecha de la última sesión.

	Fecha	DD / MM / AA

¿Qué otros tratamientos ha recibido el paciente relacionados con esta condición? (marque todos los que corresponden)

Fecha	Tratamiento	
DD / MM / AA	☐ Visita(s) a la sala de emergencias	
DD / MM / AA	☐ Hospitalización	
DD / MM / AA	☐ Internación psiquiátrica	
DD / MM / AA	☐ Otro:	

¿Ha tenido el paciente pensamientos suicidas o intentos de suicidio? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", por favor indique la fecha.

Fecha	DD / MM / AA	

¿Haya alguna información adicional relevante que no se haya mencionado anteriormente? ☐ Sí ☐ No Si responde “Sí”, por explique.

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AAAA