



# Centro Neuropsiológico Hopewell

601 University Dr. STE 101  
Fort Worth, TX 76107

Teléfono: 682-312-9820  
Fax: 682-312-9821

patient@cahopewell.com  
[www.cahopewell.com](http://www.cahopewell.com)

## Entrevista de Adultos

**Nota:** Usted tendrá la oportunidad de explicar/elaborar cualquier cosa mencionada en este documento con su evaluador personal clínico. Si hay algo que le gustaría que ellos le pregunten para que usted provea provea más información, por favor indíquelo.

Fecha de hoy:		Completado por: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Otro(a):			
<b>INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA</b>					
Nombre:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Mano dominante: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ambas	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Teléfono:		Correo electrónico:
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuál es tu primer idioma?	
Raza: <input type="checkbox"/> Negro(a)/Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a)/Blanco(a) <input type="checkbox"/> Otro(a) <input type="checkbox"/> Nativo Americano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)				Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
<b>TUS PREOCUPACIONES PRESENTES</b>					
¿Qué preocupaciones o dificultades (enfermedades, lesiones, problemas) lo llevaron a buscar una evaluación ahora (o llevaron a alguien a recomendarle una evaluación)?					
¿Qué has hecho para manejar estos problemas?					
<b>HISTORIAL DE SALUD MENTAL</b>					
¿Alguna vez a visto a los siguientes especialistas? Si tu respuesta es sí, indica al lado cuando lo viste y si te ayudó o no.					
<input type="checkbox"/> Psicólogo(a): _____ <input type="checkbox"/> Psiquiatra: _____ <input type="checkbox"/> Consejero(a): _____ <input type="checkbox"/> Ninguno(a)					
¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Si marcó alguno, indica la fecha en que ocurrió.					
<input type="checkbox"/> pensamientos suicidas: _____ <input type="checkbox"/> pensamientos de dañar a otros : _____ <input type="checkbox"/> intentos de suicidio: _____ <input type="checkbox"/> ninguno					

Indique hospitalizaciones por motivos de salud mental/abuso de sustancias o tratamientos en la siguiente tabla.

Marque aquí si no ha tenido ninguna

Fecha	Hospitalización or tratamiento (AA, Consejería, Terapia Grupal, etc.)	Razón	Duración	¿Le ayudó?

Por favor enumere todas evaluaciones o pruebas psicológicas anteriores en la siguiente tabla:

Marque aquí si no ha tenido ninguna

Fecha	Razón para evaluarse	Diagnóstico	Comentarios

Marque todas las que le apliquen a usted o a algún miembro de su familia inmediata:

Marque aquí si no ha tenido ninguna  (ej. Abuelos(as), padres, hermanos(as), o niños(as))

Condición	Tú	Familia	¿Cuál miembro de la familia?	Edad/Fecha del diagnóstico
Anxiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastorno límite de la personalidad (TLP o BPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas de manejo de la ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastorno por consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro abuso de sustancias (por favor vea la lista):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Si marcó sí a alguna en la tabla anterior, por favor provea detalles adicionales aquí:

## HISTORIAL MÉDICO

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes tareas? Marque aquí si no necesita ayuda con estas tareas

Caminar  Tareas del hogar  Cocinar  Bañarse  Otras:

¿Tienes alguna discapacidad o dificultad?

visión  audición  temblores  nada

Otros(as):

¿Está utilizando actualmente alguno de los siguientes dispositivo de asistencia?  Espejuelos/gafas/ lentes de contactos  Bastón o aparato para caminar  Audífonos  ninguno

Otros:

Por favor enumere condiciones médicas, lesiones graves, o enfermedades graves que haya tenido o tenga, incluyendo enfermedades autoinmunes, enfermedad del corazón, o enfermedades endocrinológicas. Marque aquí si no ha tenido ninguna

Condiciones/Enfermedades	Fecha de Inicio	Indique si es un problema actualmente	Si recibe tratamiento actualmente

¿Cuántas veces has recibido los siguientes tratamientos en tu vida? Marque aquí si no ha tenido ninguna

\_\_\_\_\_ Quimioterapia                      \_\_\_\_\_ Radiación

En los últimos dos (2) años, ¿cuántas veces has estado bajo anestesia? Marque aquí si no ha estado bajo anestesia

\_\_\_\_\_ Anestesia General (fecha de la última):                      \_\_\_\_\_ Anestesia Local (fecha de la última):

Enumere todas las lesiones o golpes que haya tenido en la cabeza (asaltos, accidentes, deportes, etc.) Marque aquí si no ha tenido ninguna

Fecha	Causa	¿Perdió conocimiento?	¿Cuándo buscó tratamiento?	Resultados de los estudios
			<input type="checkbox"/> inmediatamente <input type="checkbox"/> más tarde (¿cuándo?):	
			<input type="checkbox"/> inmediatamente <input type="checkbox"/> más tarde (¿cuándo?):	
			<input type="checkbox"/> inmediatamente <input type="checkbox"/> más tarde (¿cuándo?):	
			<input type="checkbox"/> inmediatamente <input type="checkbox"/> delayed (¿cuándo?):	
			<input type="checkbox"/> inmediatamente <input type="checkbox"/> delayed (¿cuándo?):	

¿Su(s) condición(es) médica(s) actual(es) le crea(n) problemas en su vida, incluido el dolor? Sí, por favor explique:

## Historial de Desarrollo

Si sabe de alguna dificultad o problema que usted tuvo con su cuidado prenatal, el parto, cuidado posnatal, o infancia, por favor descríbalos. Ejemplos incluyen nacimiento prematuro, retrasos para caminar o hablar, etc.

Marque aquí si no ha tenido ningún problema del desarrollo

Lugar de Nacimiento:

¿Fui adoptado(a)?  No  Sí (a qué edad):

¿Dónde creciste?

¿Quién te crió?

Tus padres están:  casados  concubinos o casados por derecho común  divorciados desde:  otro:

**Tu Madre:**

Vive  Murió (año de muerte):

Profesión:

Nivel de educación:

**Tu Padre:**

Vive  Murió (año de muerte):

Profesión:

Nivel de educación:

¿Cuántos(as) hermanos(as) tienes? Marque aquí si no tiene

\_\_\_\_ Hermano de ambos padres \_\_\_\_ Medio-hermanos \_\_\_\_ Hermanastros \_\_\_\_ Hermana de ambos padres  
 \_\_\_\_ Medio-hermanas \_\_\_\_ Hermanastras

Describe tu niñez temprana:

¿Has sido abusado(a)?

físicamente  mentalmente  sexualmente  nada

¿Quién abusó de ti y por cuánto tiempo?

¿Qué edad tenías cuando esto pasó?

## FUNCIONAMIENTO SOCIAL

¿Con qué frecuencia habla con otros diariamente?

¿Con quién habla regularmente?

¿Con quién vives?

¿Cuántos amigos cercanos tiene?

¿Ha tenido alguna relación romántica?

Marque aquí si no ha tenido ninguna

#	Su edad al inicio	Duración	¿Casados?	¿Cuántos hijos?	Razón por la que terminaron
1					
2					
3					
4					
5					

¿Está en una relación actualmente? Por favor describa el estado de la relación. Marque aquí si no está en ninguna relación

¿Tiene hijos(as)? Marque aquí si no tiene

Género:	Edad:	Nivel de Educación:	¿Con quién viven?

### USO DE SUSTANCIAS

Enumere todas las sustancias que ha usado o probado abajo. Marque aquí si no ha usado ninguna

Sustancia	Duración del uso			Cantidad de uso	
	Nunca	Edad del primer uso	Fecha del último uso	Consumo actual	Mayor cantidad de uso
Tabaco, cigarrillos, cigarros	<input type="checkbox"/>				
Productos alcohólicos	<input type="checkbox"/>				
Marihuana/Marijuana	<input type="checkbox"/>				
Drogas Ilícitas:	<input type="checkbox"/>				
Otras sustancias:	<input type="checkbox"/>				
Otras sustancias:	<input type="checkbox"/>				
Otras sustancias:	<input type="checkbox"/>				

¿El uso de sustancias te ha afectado en alguna de las siguientes áreas? Por favor describa abajo

Trabajo  Escuela  Relaciones  Matrimonio

### HISTORIAL ACADÉMICO

¿Cuál es el último grado que completó?	¿Cuáles eran tus notas promedio en escuela superior/secundaria?
¿Está actualmente matriculado en una institución educativa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (¿Qué grado/especialidad?)	¿Qué tipo de problemas tuviste en la escuela?

### HISTORIAL LEGAL

¿Cuántos arrestos juveniles ha tenido?	¿Cuántos arrestos de adultos ha tenido?
¿Cuándo y por qué fué arrestado(a)?	¿Cuándo y por qué fué arrestado(a)?

### HISTORIAL PROFESIONAL

¿Cuál es el periodo de tiempo más largo que tuviste o has tenido un solo trabajo, dónde, y cuál era tu posición?	¿Qué tipos de trabajos ha tenido?
¿Cuál es tu actual o último puesto de trabajo y en qué empresa? Indique si todavía trabaja ahí.	

