



## Lumos Psychiatric Services Past History Form (Adults 18-64yrs)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ MR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas son parte de su historial previo, lo cual es muy importante para su evaluación y para elaborar un mejor plan de tratamiento para usted. Algunas de las preguntas que encontrará son más delicadas que otras y es posible que se sienta algo incómodo con ellas. Queremos enfatizar que es muy importante que sea lo más honesto posible con todas las preguntas para que su psiquiatra pueda ayudarlo mejor.

**Divulgación de Confidencialidad:** *Le aseguramos que toda esta información es completamente confidencial y no se compartirá con nadie a menos que proporcione su consentimiento. Le agradecemos por confiarnos su cuidado, haremos todo lo posible para ayudarlo con su situación.*

### Historia Médico:

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna condición médica por un médico? Sí      No  
En caso afirmativo, ¿cuál de las siguientes condiciones le han diagnosticado? (Marque todo lo que corresponda con una X)

**Cardiovascular:**  Angina de Pecho  Hipertensión Arterial  Fibrilación Auricular  Arritmia Cardíaca  
 Enfermedad de la Arteria Carótida  Accidente Cerebrovascular/ACV  Insuficiencia Cardíaca Congestiva  
 Enfermedad de las Arterias Coronarias  Trombosis Venosa Profunda  Soplo Cardíaco  Hipotensión  
 Infarto de Miocardio  Obesidad  Ataque Isquemia Transitorio  Enfermedad Valvular del Corazón  
 Enfermedad Congenita Cardíaca (De Nacimiento).

**Dermatológica/o:**  Acné  Albinismo  Alopecia  Dermatitis Atópica  Eczema  Hidradenitis Supurativa  
 Hiperhidrosis  Queloides  Psoriasis  Rosácea  Dermatitis Seborreica  Urticaria  Vitíligo.

**Endocrinología:**  Masa Adrenal  Síndrome de Cushing  Diabetes Mellitus  Enfermedad de Graves  
 Deficiencia de la Hormona del Crecimiento  Tiroiditis de Hashimoto  Hipercolesterolemia  Hiperlipidemia  
 Hipertiroidismo  Hipertrigliceridemia  Hipoglucemia  Hipotiroidismo  Resistencia a la Insulina  
 Síndrome Metabólico  Pre-Diabetes  Deficiencia de Testosterona  Nódulos Tiroideos  Deficiencia de Vitamina B12  Deficiencia de Vitamina D.

**Gastrointestinal:**  Hernia Abdominal  Reflujo Acídico  Apendicitis  Esófago de Barrett  Enfermedad Celíaca  Estreñimiento Crónico  Cirrosis  Enfermedad de Crohn  Diverticulosis  Disfagia  Enfermedad del Hígado Graso  Piedras en Vesícula  Gastritis  Gastroparesia  GERD Reflujo Gastroesofágico  
 Intolerancia al Gluten  Infección H. Pylori  Hemorroides  Hepatitis  Hernia Hiatal  Enfermedad Inflamatoria del Intestino  Síndrome de Intestino Irritable  Intolerancia a la Lactosa  Trasplante de Hígado  
 Pancreatitis  Enfermedad Úlcera Péptica  Prolapso Rectal  Esplenomegalia  Colitis Ulcerativa.

**Ginecológica:**  Amenorrea  Displasia Cervical  Dolor Pélvico Crónico  Dispareunia  Endometriosis  
 Galactorrea  Infertilidad Femenina  Menopausia  Menorragia  Aborto Espontáneo  Quiste ovárico  
 Síndrome de ovario poliquístico (PCOS)  Enfermedad pélvica inflamatoria  Trastorno del estado de ánimo disfórico Premenstrual  Fibromas Uterinos  Prolapso Uterino  Vaginismo.

**Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta:**  Rinitis Alérgica  Astigmatismo  Parálisis de Bell  Pérdida Visión  
 Vértigo Posicional Paroxístico Benigno  Cataratas  Sinusitis Crónica  Glaucoma  Pérdida de Audición  
 Degeneración Macular  Enfermedad de Menière  Miopía  Desprendimiento de Retina  Retinopatía  
 Estrabismo  Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ)  Tinnitus  Vértigo.

**Hematológica/o:**  Anemia  Historial de Transfusiones de Sangre  Hemocromatosis  Hemofilia  
 Deficiencia de Hierro  Deficiencia de MTHFR  Mieloma Múltiple  Policitemia Vera  Porfiria  
 Enfermedad de Células Falciformes  Talasemias  Enfermedad de Von Willebrand.



**Lumos Psychiatric Services**  
**Past History Form (Adults 18-64yrs)**

**Enfermedades Infecciosas:**  Celulitis  Varicela  Clamidia (ETS)  COVID-19  Dengue  Gonorrea (ETS)  Hepatitis B o C  Herpes (ETS)  VIH  VPH (Virus del Papiloma Humano)  Enfermedad de Lyme  Meningitis  Fiebre Reumática  Herpes  Sífilis (ETS)  Tuberculosis.

**Musculoesquelético:**  Artritis  Fracturas Hueso  Bursitis  Síndrome del Túnel Carpiano  Costocondritis  Dolor de Espalda Crónico  Síndrome de Fatiga Crónica  Dolores de Cadera Crónicos  Dolores de Rodilla Crónicos  Dolor de Cuello Crónico  Dolores de Hombro Crónicos  Enfermedad Degenerativa del Disco Espinal  Discos Vertebrales Herniados  Distrofia Muscular  Osteomielitis  Osteopenia  Osteoporosis  Fascitis Plantar  Radiculopatía  Escoliosis  Espondilitis  Tendinitis  Trauma  Espuelones.

**Neurológica/o:**  Esclerosis Lateral Amiotrófica  Aneurisma Cerebral  Parálisis Cerebral  Síndrome de Dolor Regional Complejo  Contusión Cerebral  Demencia  Dislexia  Dystonia  Encefalopatía  Epilepsia/Convulsiones  Temblor Esencial  Síndrome de Guillain Barré  Trauma a Cabeza  Hemiparesia  Enfermedad de Huntington  Sangrado Intracraneal  Migrañas/Dolores de Cabeza  Deterioro Cognitivo Leve  Esclerosis Múltiple  Miastenia Grave  Narcolepsia  Daño a Nervios  Enfermedad de Parkinson  Parkinsonismo  Neuropatía Periférica  Síndrome Post Contusión Cerebral  Afecto Pseudobulbar  Pseudo Convulsiones  Pseudotumor Cerebri  Síndrome de Piernas Inquietas  Dolores de Ciática  Lesión de la Médula Espinal  Estenosis Espinal  Diskinesia Tardía  Trastorno de Tourette  Lesión Cerebral Traumática  Neuralgia del Trigémino  Enfermedad de la Sustancia Blanca.

**Renal y Urológico:**  Enfermedad Renal Crónica  Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)  Quiste Renal  Trasplante renal  Nefrolitiasis (Piedras)  Síndrome nefrótico  Enfermedad renal poliquística  Fallo Renal  Insuficiencia Renal  Hiperplasia Prostática Benigna  Prolapso Vejiga  Cistitis Crónica  Retraso de Eyaculación  Disfunción Eréctil  Vejiga Hiperactiva  Incontinencia  Infertilidad masculina  Vejiga Hiperactiva  Eyaculación Precoz  Retención Urinaria  Varicocele.

**Respiratorio:**  Asma  Bronquitis Crónica  Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica  Fibrosis Quística  Apnea del Sueño Obstructiva  Neumonía  Quistes Pulmonar  Embolia Pulmonar  Fibrosis Pulmonar  Hipertensión Pulmonar  Nódulos Pulmonares  Sarcoidosis.

**Reumatológico:**  Espondilitis Anquilosante  Síndrome de Ehlers-Danlos  Fibromialgia  Arteritis de Células Gigantes  Gota  Artritis Idiopática Juvenil  Enfermedad Mixta del Tejido Conjuntivo  Osteoartritis  Artritis Psoriásica  Artritis Reumatoide  Esclerodermia  Síndrome de Sjögren  Lupus Sistémico Eritematoso.

¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado algún tipo de cáncer? Sí    No  
En caso afirmativo, ¿cuándo se diagnosticó y qué tipo de cáncer era?

---

¿Alguna vez ha tenido ataques, convulsiones o le han diagnosticado epilepsia? Sí    No  
En caso afirmativo, ¿desde cuándo y qué tipo de convulsiones?

---

En caso afirmativo, ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una convulsión? (si aplica)

---

¿Alguna vez ha tenido algún trauma o accidente en la cabeza? Sí    No  
En caso afirmativo, ¿cuándo sucedió? \_\_\_\_\_ ¿Perdiste el conocimiento? Sí    No  
¿Permaneció con algún déficit o discapacidad en particular debido al traumatismo craneal y de ser así, cuál? \_\_\_\_\_

---



**Lumos Psychiatric Services**  
**Past History Form (Adults 18-64yrs)**

¿Es alérgico a algún medicamento o suplemento de venta libre? Sí No  
En caso afirmativo, nombre todos los elementos a los que es alérgico y qué reacción tuvo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado embarazada en su vida? (Esto solo se aplica a las mujeres) N/A Sí No  
En caso afirmativo, ¿cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos naturales? \_\_\_\_\_ ¿Cesáreas?  
¿Alguno de ellos resultó en aborto? Sí No \_\_\_ Espontáneo \_\_\_ Electivo \_\_\_ Embarazo Ectópico  
¿Tiene menstruaciones regulares? Sí No ¿Usa anticonceptivos orales o dispositivo intrauterino? Sí No  
Si es así, ¿cuál? \_\_\_\_\_ Has pasado por el proceso de la menopausia?? Sí No

**Historial Quirúrgico:**

¿Alguna vez ha sido operado o ha tenido alguna cirugía? Sí No  
En caso afirmativo, marque cuál de las siguientes operaciones ha realizado? (Marque todo lo que corresponda)

**Cardio/Torácica:** \_\_\_ Colocación/Remoción de Tubo de Pecho \_\_\_ Colocación de Desfibrilador Cardíaco  
\_\_\_ Colocación de Marcapasos Cardíaco \_\_\_ Trasplante de Corazón \_\_\_ Reemplazo de Válvula Cardíaca \_\_\_ Cirugía de  
Reparación de Válvula Cardíaca \_\_\_ Lumpectomía Pulmonar \_\_\_ Resección Pulmonar \_\_\_ Trasplante de Pulmón  
\_\_\_ Cirugía a Corazón Abierto \_\_\_ Cirugía de Reconstrucción de Costillas.

**Dermatológica:** \_\_\_ Extirpación del Hemangioma \_\_\_ Extirpación de Queloides \_\_\_ Resección de Lipoma \_\_\_ Drenaje  
de Abscesos Cutáneos \_\_\_ Resección de Cáncer de Piel \_\_\_ Extirpación de Quistes Cutáneos \_\_\_ Injerto de Piel.

**Gastrointestinal:** \_\_\_ Adrenalectomía \_\_\_ Reparación de Fisura Anal \_\_\_ Apendectomía \_\_\_ Cirugía Bariátrica  
\_\_\_ Resección Vesícula \_\_\_ Resección Parcial de Colon \_\_\_ Resección Total de Colon \_\_\_ Cirugía de Colocación/Retirada  
de Bolsa de Colostomía \_\_\_ Cirugía de Resección Diverticular \_\_\_ Cirugía Exploratoria \_\_\_ Reparación de Fístula  
\_\_\_ Colocación/Retirada de Tubo de Gastrostomía \_\_\_ Cirugía de Reparación de Hemorroides \_\_\_ Reparación de  
Hernia \_\_\_ Resección de Hígado \_\_\_ Trasplante de Hígado \_\_\_ Cirugía de Resección Pancreática \_\_\_ Reparación de  
Estenosis Pilórica \_\_\_ Cirugía de Reparación del Prolapso Rectal \_\_\_ Resección del Intestino Delgado \_\_\_ Resección del  
Vaso \_\_\_ Procedimiento de Whipple.

**Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta:** \_\_\_ Adenoidectomía \_\_\_ Cirugía de Cataratas \_\_\_ Cirugía de Implante Coclear  
\_\_\_ Reparación de tabique nasal desviado \_\_\_ Cirugía reconstructiva de oído \_\_\_ Colocación/remoción de tubos  
Auditivos \_\_\_ Cirugía Ocular \_\_\_ Reemplazo de Lente Intraocular \_\_\_ Cirugía LASIK \_\_\_ Cirugía de Seno Maxilar  
\_\_\_ Cirugía de Seno \_\_\_ Cirugía de Reparación de Estrabismo \_\_\_ Tiroidectomía \_\_\_ Amigdalectomía \_\_\_ Cirugía de  
Reemplazo Timpánico.

**Neurológica:** \_\_\_ Reparación de Aneurisma Cerebral \_\_\_ Resección de Tumor Cerebral \_\_\_ Colocación/Remoción de  
Derivación CFS \_\_\_ Craniotomía \_\_\_ Estimulador Cerebral Profundo \_\_\_ Bloqueo de Nervio \_\_\_ Procedimiento de  
Punción Lumbar \_\_\_ Cirugía de Columna \_\_\_ Implantación de Estimulación del Nervio Vago.

**Ginecología / Obstetra:** \_\_\_ Resección de Pólipos Cervicales \_\_\_ Cesárea \_\_\_ Procedimiento de Dilatación y Curetaje  
\_\_\_ Resección de Embarazo Ectópico \_\_\_ Cirugía de Resección de Endometriosis \_\_\_ Histerectomía \_\_\_ Procedimiento  
LEEP \_\_\_ Ooforectomía \_\_\_ Salpingectomía \_\_\_ Esterilización (Cirugía de Ligadura de Trompas) \_\_\_ Ablación Uterina  
\_\_\_ Resección de Pólipos Uterinos \_\_\_ Cirugía de Reparación de Prolapso Uterino.

**Oncología:** \_\_\_ Biopsia (Órgano: \_\_\_\_\_) \_\_\_ Cirugía de Resección de Tumor/Cáncer (Órgano:  
\_\_\_\_\_) \_\_\_ Colocación/Extracción de MedPort \_\_\_ Tratamiento de Radioterapia.



**Lumos Psychiatric Services**  
**Past History Form (Adults 18-64yrs)**

**Ortopedia:** \_\_ Cirugía de Reconstrucción de LCA \_\_ Cirugía de Reparación de Amputación \_\_ Cirugía de Reemplazo de Tobillo \_\_ Artroscopia \_\_ Remoción de Juanetes \_\_ Cirugía de Túnel Carpiano \_\_ Cirugía de Reemplazo de Codo \_\_ Reparación de Fracturas \_\_ Cirugía de Mano \_\_ Reparación de Hernias Discales \_\_ Cirugía de Reemplazo de Cadera \_\_ Cirugía de Reemplazo de Rodilla \_\_ Reparación de Ligamentos \_\_ Cirugía de Reparación de Meniscos \_\_ Reparación de Nervio Pellizcado de la Columna \_\_ Reparación de la Fascitis Plantar \_\_ Cirugía del Manguito Rotador \_\_ Cirugía de Reemplazo de Hombro \_\_ Espinal Estimulador de Cordón \_\_ Fusión Espinal \_\_ Cirugía de Túnel Tarsiano \_\_ Reparación de Tendón \_\_ Reparación de Dedo en Gatillo

**Cirugía Plástica:** \_\_ Abdominoplastia \_\_ Cirugía de Aumento de Senos \_\_ Cirugía de Levantamiento de Senos \_\_ Lumpectomía de Senos \_\_ Mastectomía de Senos \_\_ Cirugía de Reconstrucción de Senos \_\_ Cirugía de Reducción de Senos \_\_ Cirugía de Estiramiento Facial \_\_ Cirugía de Reconstrucción Facial \_\_ Cirugía de Parte Inferior de Reasignación de Género \_\_ Cirugía de Parte Superior de Reasignación de Género \_\_ Cirugía de Implante de Glúteos \_\_ Cirugía de Levantamiento de Glúteos \_\_ Procedimiento de Liposucción \_\_ Mastectomía Masculina \_\_ Cirugía de Implantes Pectorales \_\_ Rinoplastia \_\_ Cirugía de Implante Testicular

**Renal/Urológico:** \_\_ Colocación/Remoción de Derivación de Diálisis \_\_ Cistectomía Renal \_\_ Resección Renal \_\_ Trasplante de Riñón \_\_ Cistoscopia de Vejiga \_\_ Cirugía de Reposicionamiento de Vejiga \_\_ Circuncisión \_\_ Reparación de criptorquidia \_\_ Procedimiento de litotricia \_\_ Cirugía de pene \_\_ Resección de próstata \_\_ Cirugía de Próstata \_\_ Cirugía de Eliminación de Cálculo Renal \_\_ Reparación Testicular Sección \_\_ Reparación de Torsión testicular \_\_ Cirugía de reparación de uréter \_\_ Cirugía de reparación de uretra \_\_ Cirugía de varicocele \_\_ Vasectomía \_\_ Reparación del Reflujo Vesicoureteral

**Cirugía Vasculuar:** \_\_ Ablación Cardíaca \_\_ Cirugía de Reparación de Aneurisma \_\_ Cirugía de Derivación Bifemoral \_\_ Reparación de la Arteria Carótida \_\_ Endarterectomía Carotídea/ Colocación de Stent \_\_ Procedimiento de Cateterismo \_\_ Cirugía de Injerto de Derivación de la Arteria Coronaria \_\_ Colocación de Stent \_\_ Filtro de Vena Cava Inferior \_\_ Colocación de Stent en la Aorta Inferior \_\_ Ablación de la Vena de las Extremidades Inferiores \_\_ Bypass de Venas de las Extremidades Inferiores \_\_ Eliminación de Várices (Extremidades Inferiores)

**Historial Familiar:**

¿Alguno de los miembros de su familia ha sido diagnosticado con un trastorno de salud mental o psiquiátrico, como Depresión, Ansiedad, Esquizofrenia/Psicosis, Trastorno Bipolar, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Pánico, Trastorno Alimentario? Sí      No

En caso afirmativo, nombre qué miembro de la familia y qué condición.

__ Madre: _____	Vive	Falleció
__ Padre: _____	Vive	Falleció
__ Hermanos: _____	Vive	Falleció
__ Hermanas: _____	Vive	Falleció
__ Hijos/Hijas: _____	Vive	Falleció
__ Abuelos Maternos: _____	Vive	Falleció
__ Abuelos paternos: _____	Vive	Falleció
__ Tías/Tíos Maternos: _____	Vive	Falleció
__ Tías/Tíos Paternos: _____	Vive	Falleció
__ Primos: _____	Vive	Falleció

¿Alguno de los miembros de su familia ha intentado alguna vez suicidarse o quitarse la vida? Sí      No  
 Si es así, ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué método usaron? \_\_\_\_\_  
 ¿Presenciaste el intento? Sí      No      ¿Se completó el suicidio? Sí      No



**Lumos Psychiatric Services**  
**Past History Form (Adults 18-64yrs)**

¿Alguno de sus familiares ha tenido problemas con el uso de alcohol o drogas ilegales? Sí    No  
Si es así, ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué sustancia? \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus familiares ha tenido problemas de memoria o ha sido diagnosticado con Demencia? Sí    No  
Si es así, ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿A que edad? \_\_\_\_\_ ¿Que tipo? \_\_\_ Alzheimer  
\_\_\_ Vascolar \_\_\_ Cuerpo de Lewy \_\_\_ Fronto-Temporal

**Historial Social:**

¿De dónde eres originalmente? \_\_\_\_\_ ¿Desde qué año vive en Florida? \_\_\_\_\_  
Donde vives actualmente? \_\_\_ Casa, \_\_\_ Apartamento, \_\_\_ Remolque/Casa Móvil, \_\_\_ Centro de Vida Asistida/Hogar  
\_\_\_ Sin Hogar ¿En qué ciudad o condado vive actualmente? \_\_\_\_\_  
¿Con quién vives en este momento? \_\_\_ Solo, \_\_\_ Cónyuge, \_\_\_ Hijos, \_\_\_ Padres, \_\_\_ Compañero de cuarto, \_\_\_  
Nombre de la pareja que vive con usted, incluya mascotas: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_ Soltero/a, \_\_\_ Casado/a, \_\_\_ Vive con su pareja, \_\_\_ Divorciado/a, \_\_\_ Viudo/a, \_\_\_ Nunca se casó  
Si está casado o vive con su pareja, nombre de su cónyuge/pareja, y ¿cuánto tiempo han estado casados/juntos?

Si es divorciado o viudo, ¿cuánto tiempo duró la relación, hace cuánto tiempo se divorció o enviudó?

¿Tienes hijos? Sí No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Indique sus nombres, edades y sexos.:

¿Quién constituye su mayor grupo de apoyo? \_\_\_\_\_

Orientación Sexual: \_\_\_ Heterosexual, \_\_\_ Homosexual, \_\_\_ Bisexual, \_\_\_ Pansexual, \_\_\_ Asexual, \_\_\_ Demisexual  
¿De qué sexo nació biológicamente? \_\_\_ Hombre, \_\_\_ Mujer  
¿Con qué género te identificas? \_\_\_ Hombre, \_\_\_ Mujer \_\_\_ Transgénero (hombre a mujer/mujer a hombre)  
\_\_\_ Otro No Binario: \_\_\_\_\_

¿Estado de trabajo actual?

\_\_\_ Trabaja a tiempo completo \_\_\_ Trabaja a tiempo parcial \_\_\_ Desempleado \_\_\_ Discapacitado \_\_\_ Padre que se queda en casa \_\_\_ Jubilado  
Si trabaja, ¿dónde trabaja, cuánto tiempo ha estado trabajando allí y qué hace en su trabajo?

Si está desempleado/jubilado, ¿dónde fue su último trabajo, cuánto tiempo trabajó allí y cuánto tiempo ha estado desempleado/jubilado?

Si está discapacitado, ¿desde cuándo ha estado discapacitado? \_\_\_\_\_ (Año)/ Discapacitado por Enfermedad:  
\_\_\_ Física \_\_\_ Mental // Económicamente: \_\_\_ Depende de sí mismo \_\_\_ Depende de: \_\_\_ Cónyuge \_\_\_ Padres  
\_\_\_ Familia \_\_\_ Asistencia del Gobierno

Nivel de Educación:

¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado?  
\_\_\_ Grado # \_\_\_ / \_\_\_ Escuela Secundaria / \_\_\_ GED / \_\_\_ Título de asociado / \_\_\_ Título técnico / \_\_\_ Licenciatura  
\_\_\_ Maestría / \_\_\_ Doctorado  
¿Estás estudiando actualmente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No / \_\_\_ Estudio a tiempo parcial \_\_\_ Estudio a tiempo completo  
¿A qué escuela asistes actualmente? \_\_\_\_\_



**Lumos Psychiatric Services**  
**Past History Form (Adults 18-64yrs)**

Si completó cualquier Título Universitario o superior, ¿cuál fue su concentración de estudios? (Enumere todos los estudios de Asociado, Técnico, Bachillerato, Maestría, Doctorado y Posdoctorado, si corresponde).

Asociado: \_\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

Bachillerato: \_\_\_\_\_ Maestría: \_\_\_\_\_

Doctorado: \_\_\_\_\_ Posdoctorado \_\_\_\_\_

Religión:

¿Tienes alguna religión específica o sistema de creencias espirituales?  Sí  No / ¿Cuál de los siguientes?

Ateo  Agnóstico  Espiritual  Católico  Cristiano  Protestante  Bautista  Judaísmo  Islam

Evangelista  Budismo  Hinduismo  Pentecostal  Mormón  Adventista  Satanismo

Paganismo  Testigo de Jehová  Metodista  Luterano  Otro: \_\_\_\_\_

Si practica una religión, ¿qué tan importante es su religión para usted?

Nada Importante  Algo Importante  Muy Importante  Extremadamente Importante

¿Considera que su religión o sistema de creencias espirituales y los miembros de su religión son un buen sistema de apoyo? Sí No

Historial Jurídico:

¿Alguna vez ha tenido un problema legal como ser arrestado, acusado o condenado por un delito? Sí No

En caso afirmativo, ¿por qué delito y cuándo? (Enumere todos si hay más de uno.) \_\_\_\_\_

¿Tiene o posee algún tipo de arma de fuego (pistola, pistola, revólver, ametralladora, rifle)? Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene un permiso para dicha arma de fuego?  Sí  No

¿Permiso de transporte oculto?  Sí  No

¿Qué tipo y cuántas armas de fuego posee? \_\_\_\_\_ Pistola/s \_\_\_\_\_ Escopeta/s \_\_\_\_\_ Rifle/s

¿Dónde guarda habitualmente su/s arma/s de fuego? (Se específico) \_\_\_\_\_

Historial Militar:

¿Alguna vez has sido parte del servicio militar?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es su estado actual en el ejército?  Activo  Inactivo  Despedido  Retirado

¿Cuál era/es su rama militar?  Ejército  Naval  Marina  Fuerza Aérea  Guardia Costera  Fuerza

Espacial // ¿Ha tenido mobilizaciones?  Sí  No / En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Si fue dado de alta, ¿qué tipo de descarga fue?  Honorable  Deshonrosamente  Médicamente

¿Qué años sirvió? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el motivo del alta? \_\_\_\_\_

Historial de Abuso/Trauma:

¿Alguna vez has experimentado un evento traumático que realmente te afectó? Sí No

Indique cuál fue ese evento: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido víctima de algún tipo de abuso? Sí No

¿Qué tipo de abuso ha experimentado? (Marque todo lo que corresponda)

Psicológico/Emocional  Físico/Agresión  Violencia Doméstica  Agresión Sexual/Violación

¿Quién fue el perpetrador del abuso? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo sucedió? \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_