

**BAYCARE BEHAVIORAL HEALTH
DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES DE SALUD**

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Altura: _____ Peso: _____ ¿Está embarazada?: Sí No

Medicamentos que toma actualmente (incluir los de venta libre): _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono _____ Psiquiatra: _____

¿Alergias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indicar:
¿Cirugías?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha/Procedimiento:
¿Tratamientos actuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indicar:

¿Toma actualmente algún medicamento recetado para el dolor? Sí No
 Indique el motivo: _____ Nombre del médico: _____

¿Ha perdido peso sin explicación? Sí No

Indique el motivo: _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Traumatismo en cabeza | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de audición/vista | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

¿Ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos tres (3) meses?

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Vahídos | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Inflamación | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Por favor, marque los síntomas que ha tenido en el pasado o recientemente:

Pasado	Recientemente		Pasado	Recientemente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida o aumento de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poca energía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques de llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indecisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo extremo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temores irracionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver u oír cosas que no son reales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conducta irracional reiterada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de paciencia frecuente y grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesadillas

Certifico que la información que antecede es verdadera.

Firma del paciente/tutor

Fecha/Hora