



Forma de Historia Personal para Adultos

La siguiente información es considerada confidencial y privilegiada. Por favor conteste a todas las preguntas lo mejor que pueda.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____

Dirección _____

Teléfono Casa _____

Teléfono Oficina _____

Teléfono Celular _____

Nombre de quien lo refirió: _____

1) **Motivo de Consulta:**

¿Cuál es la razón para solicitar la evaluación neuropsicológica? ¿Cuáles son sus preocupaciones principales?

¿Tuvo usted convulsiones con fiebre cuando usted tenía menos de 2 años de edad?

SI

NO

2) **Historia de Convulsiones:** Si usted no ha tenido convulsiones pase a la seccion 3.

¿A qué edad comenzaron las convulsiones? _____

¿Ha estado usted sin convulsiones por un período prolongado de tiempo? SI NO

Si es asi, ¿de qué edad a qué edad estuvo sin convulsiones? _____

Si usted tiene un aura, por favor descríbala

Por favor describa lo que ocurre durante una convulsión típica (o describa lo que otras personas le cuentan).

¿Ha tenido dificultad para hablar después de haber tenido una convulsión? SI NO

¿Se siente usted confundido después de una convulsión? SI NO

¿Se siente usted cansado después de una convulsión? SI NO

¿Hay algo que parezca disparar una convulsión (p. ejem., falta de sueño, estrés, tomar alcohol)? SI NO

¿Qué tan frecuentemente tiene usted una convulsión típica?_____

3) Historia Médica:

¿Tiene usted problemas al escuchar? SI NO

¿Tiene usted problemas visuales? SI NO

¿Presenta usted alguna de las siguientes dificultades?:

Pérdida de la memoria	SI	NO
Dificultades en mantener la atención	SI	NO
Cambios en el habla	SI	NO
Cambios en la escritura	SI	NO
Cambios en la comprensión de lectura	SI	NO
Se pierde en lugares familiares	SI	NO

¿Ha tenido usted algún tipo de heridas serias, enfermedades, hospitalizaciones o cirugías?

Año/Edad	Incidente (explique por favor)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Tiene usted alguna historia de?:

Trauma craneal: SI NO Si lo tuvo, ¿a que edad?: _____

¿Por cuánto tiempo?: _____

Infección cerebral: SI NO ¿A qué edad?: _____

Embolia: SI NO ¿A qué edad?: _____

¿Ha tenido alguna historia de (marque todos los que sean necesarios)?:

Presión arterial alta _____	Diabetes _____
Problemas cardíacos _____	Enfermedad de organos vitales _____
¿Cuál órgano? _____	¿Alguna otra enfermedad? _____

¿Se ha sometido usted a alguno de los siguientes exámenes?

CT scan SI NO Resultados _____

MRI	SI	NO	Resultados
EEG	SI	NO	Resultados

¿Está tomando algún medicamento actualmente?

Nombre	Dosis	¿Para qué lo toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4) Historia de Desarrollo:

¿El embarazo de su madre fue normal? SI NO
 Si no fué normal, describa que ocurrió:

Por lo que sabe, ¿fue usted un bebé a término (9 meses)? SI NO
 Si contesto no, ¿a los cuántos meses nació?

Por lo que sabe, ¿habló y caminó usted a la edad esperada? SI NO
 Si contesto no, ¿a qué edad lo hizo?

¿Tuvo usted alguna herida o enfermedad seria durante su infancia? SI NO
 ¿Cuáles?

Es usted: Diestro _____ Zurdo _____ Ambidiestro _____

5) Historia Psicológica:

¿Ha visitado usted a algún psiquiatra, psicólogo, o algún otro profesional de la salud mental para recibir tratamiento por algún problema psicológico? Por favor explique:

¿Ha recibido algún medicamento para tratar algún problema psicológico? Por favor explique: _____

¿Ha sido usted diagnosticado(a) con?:
 _____ Depresión _____ Ansiedad _____ Ataques de Pánico
 _____ Problemas de aprendizaje _____ Trastorno Bipolar _____ ADHD
 _____ Psicosis / Esquizofrenia.

¿Tiene usted alguna historia de trauma en su niñez o adultez? SI NO

¿Se ha visto recientemente bajo situaciones estresantes? SI NO
 Describa:

¿Alguno de sus familiares ha sido diagnosticado(a) con?:
 _____ Depresión _____ Ansiedad _____ Ataques de Pánico
 _____ Problemas de aprendizaje _____ Trastorno Bipolar _____ ADHD
 _____ Psicosis / Esquizofrenia.

6) Historia De Uso De Sustancias:

¿Fuma usted? SI NO ¿Ha fumado usted en el pasado? SI NO
¿Cuántos cigarrillos? _____

¿Toma usted alcohol? SI NO ¿Ha tomado en el pasado? SI NO

¿Usa usted algún tipo de droga? SI NO ¿ Cuáles? _____
¿En que cantidades? _____

¿Usó usted algún tipo de droga en el pasado? SI NO ¿Cuáles? _____
¿En qué cantidades? _____

¿Ha recibido algún tipo de tratamiento por alguno de éstos problemas ya sea internado en un hospital o de forma ambulatoria?

7) Información Familiar:

Estado civil:
Soltero(a) _____
Casado(a) _____
Divorciado(a) _____
Separado(a) _____
Viudo(a) _____

Si actualmente esta usted en un relación, ¿cuál es el nombre de su esposo(a) ó pareja?

¿Con quién vive usted?

¿Por cuánto tiempo ha vivido usted en esa área?
Tiene usted hijos? _____ SI NO _____
¿Cuáles son las edades de sus hijos? _____

Escriba por favor el nombre de sus hermanos, su edad, género y si han tenido problemas de salud.

Nombre	Edad	Sexo	Problemas de Salud
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene usted historia familiar de problemas neurológicos, incluyendo epilepsia, demencia, embolias o trastornos genéticos, etc? SI NO
Explique por favor _____

Evaluación neuropsicológica

Requiere por lo general revisar detalladamente la historia médica, educativa y del desarrollo, sumado a una evaluación profunda de varias habilidades cognitivas (atención, memoria, lenguaje, habilidades viso-espaciales, y motricidad fina).

No se olvide de traer:

Información médica (incluyendo informes de CT, MRI)

Lista de medicaciones que se están tomando

Informes neuropsicológicos

Cualquier otra información que sea importante

Gafas (anteojos) para leer (si se usan)

Trate de asegurarse de haber:

Dormido bien la noche anterior

Comido un buen desayuno

Y por favor traiga una merienda (comida o bebida) prolija para consumer durante la evaluación (ej. galletitas, jugo). Haremos un descanso para el almuerzo también.

Venga sin niños el día de la evaluación porque su presencia no le permitirá concentrarse.

La evaluación puede durar de 3-5 horas así que le recomendamos que planifique su día acorde a esto. Una evaluación completa puede requerir una segunda visita lo cual será determinado por el neuropsicólogo el primer día de la evaluación.

Por favor tenga en cuenta que si usted se retrasa 45 minutos o más a su cita, esta deberá ser movida a otra fecha.

También le pedimos que tenga en cuenta que toda cita es tentativa y puede que sea necesario cambiarla o cancelarla si no se recibe la autorización de su seguro médico a tiempo.

Un máximo de cinco horas ha sido reservado para usted el día de su cita. Es por este motivo que le pedimos que si usted no va a poder venir ese día, que llame a la oficina por lo menos 48 horas antes para evitar ser cobrado por la misma.

También le pedimos que esté enterado que el día de la evaluación, se esperará que pague cualquier pago/copayment que sea aplicable, lo cual será cobrado antes de empezar la evaluación. Se puede pagar en efectivo, con cheque, o con tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, or Discover). Si su seguro médico no paga el costo de la evaluación o no paga una porción de la misma, tenga en cuenta que será responsable por este pago.

Una vez que se complete la evaluación, el informe se completará aproximadamente 3 semanas después de la última visita. En ese momento se lo contactará para hacer una cita durante la cual se encontrará con el neuropsicólogo para discutir los resultados. Es necesario discutir estos resultados con su neuropsicólogo antes que con el médico que lo derivó porque solo el neuropsicólogo puede explicarle completamente los detalles de los resultados y las recomendaciones específicas. Se le entregará una copia del informe ese mismo día y también se le enviará al médico que lo derivó en cuanto tenga esta conversación con el neuropsicólogo.