

PROTOCOLO PARA EL PACIENTE:

Este protocolo servirá para facilitar la información necesaria para el diagnóstico del problema psíquico que le afecta. Imprímalo y conteste todas las preguntas que pueda, y recuerde llevarlo a la 1ª consulta.

APELLIDOS: _____
NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
ESTADO CIVIL (Soltero etc.): _____
NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS: _____
TRABAJO (Tipo): _____
CONVIVE CON: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONOS: _____
Nº TOTAL DE HERMANOS: _____
LUGAR ENTRE HERMANOS: _____
HIJOS (Numero y género -varón-mujer): _____
PERSONA QUE LES HA ENVIADO AQUÍ: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: Quiénes han padecido un trastorno psíquico y que tipo si se conoce (Depresión, ansiedad, psicosis, trastorno bipolar etc.):

| FAMILIAR: | PADECIÓ: | TIPO: |
|--------------------|----------|-------|
| PADRE: | _____ | _____ |
| MADRE: | _____ | _____ |
| HERMANOS: | _____ | _____ |
| TIOS RAMA PATERNA: | _____ | _____ |
| TIOS RAMA MATERNA: | _____ | _____ |
| ABUELOS RAMA PAT.: | _____ | _____ |
| ABUELOS RAMA MAT.: | _____ | _____ |
| PRIMOS RAMA PAT.: | _____ | _____ |
| PRIMOS RAMA MAT.: | _____ | _____ |
| OTROS FAMILIARES: | _____ | _____ |

ANTECEDENTES PERSONALES: Rellenar aquellos que corresponda:

PARTO: _____
RETRASO EN HABLA O DESARROLLO: _____
ENURESIS (Más allá de los 3 años): _____
MORDERSE LAS UÑAS: _____
TICS: _____
MANIAS EN INFANCIA: _____
ANSIEDAD AL SEPARARSE DE LOS PADRES: _____
MIEDOS O FOBIAS: _____
HIPERACTIVIDAD EN INFANCIA: _____
PROBLEMAS DE ATENCIÓN: _____
PROBLEMAS EN LA ESCUELA: _____
PROBLEMAS DE CONDUCTA: _____
USO O ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS: _____

OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS (Todo aquello que crea pertinente):

TRAUMAS INFANTILES: _____

ABUSOS SEXUALES: _____

CRIANZA CON FAMILIARES DISTINTOS QUE LOS PADRES: _____

ESTANCIA EN INTERNADOS (Y desde que edad): _____

DIFICULTAD EN RELACIONES (Timidez): _____

ACCIDENTES: _____

ENFERMEDADES IMPORTANTES: _____

OPERACIONES: _____

¿HA PADECIDO O SIDO DIAGNOSTICADO DE...?:

ALERGIAS: _____

ASMA: _____

ANEMIA: _____

VERTIGO/MAREOS: _____

COLON IRRITABLE: _____

FIBROMIALGIA: _____

HIPO/HIPERTIROIDISMO: _____

ENFERMEDADES ENDOCRINAS: _____

ESTÓMAGO: _____

EPILEPSIA O CRISIS CONVULSIVAS: _____

OTRAS ENF. NEUROLÓGICAS: _____

ENF. DEL CORAZÓN: _____

PRÓSTATA: _____

HÍGADO: _____

RIÑÓN: _____

JAQUECAS O MIGRAÑAS: _____

OTRAS PATOLOGÍAS MEDICAS: _____

OTRAS PATOLOGÍAS PSÍQUICAS: _____

COMIENZO DEL PROBLEMA ACTUAL:

¿HA SIDO DESENCADENADO POR ALGO?: _____

¿CUANDO COMENZÓ?: _____

DESCRIBA LO PRIMERO QUE NOTÓ: _____

¿QUÉ PENSÓ QUE LE ESTABA PASANDO?: _____

¿LO ATRIBUYÓ O PENSÓ QUE ESTABA CAUSADO POR ALGO?: _____

¿NOTARON SU FAMILIA O AMIGOS ALGO ANORMAL?: _____

¿HA SIDO TRATADO POR ESTO ANTERIORMENTE: _____

¿QUÉ DIAGNÓSTICOS LE HAN DADO ANTERIORMENTE?: _____

¿QUE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS LE HAN DADO PARA ESTE TRASTORNO?: _____

¿CUÁNTAS VECES LE HA PASADO LO MISMO?: _____

SITUACIÓN ACTUAL (Describa qué le pasa ahora y cuál es el motivo principal de consulta): _____

SINTOMATOLOGÍA PRESENTE O PASADA (Señale aquellos síntomas que tiene o ha tenido en el pasado –si es posible diga cuándo-):

| SÍNTOMAS: | AHORA | EN EL PASADO |
|--------------------------|-------|--------------|
| ANSIEDAD: | _____ | _____ |
| MIEDO: | _____ | _____ |
| AGOBIO: | _____ | _____ |
| EVITACIÓN: | _____ | _____ |
| PALPITACIONES: | _____ | _____ |
| TAQUICARDIA: | _____ | _____ |
| OPRESIÓN PECHO: | _____ | _____ |
| AHOGO: | _____ | _____ |
| MAREOS: | _____ | _____ |
| HORMIGUEOS: | _____ | _____ |
| ESCALOFRÍOS: | _____ | _____ |
| DESMAYOS: | _____ | _____ |
| DIARREAS: | _____ | _____ |
| TEMBLORES: | _____ | _____ |
| SUDORES: | _____ | _____ |
| PALIDEZ: | _____ | _____ |
| RUBOR FACIAL: | _____ | _____ |
| FRIO/CALOR: | _____ | _____ |
| SOFOCOS: | _____ | _____ |
| ATRAGANTARSE: | _____ | _____ |
| NUDO ESTÓMAGO: | _____ | _____ |
| NUDO GARGANTA: | _____ | _____ |
| MANIAS: | _____ | _____ |
| COMPULSIONES: | _____ | _____ |
| IDEAS OBSESIVAS: | _____ | _____ |
| REPETIR CONDUCTAS: _____ | _____ | _____ |
| COMPROBAR REPET. _____ | _____ | _____ |
| CONTAR COSAS: _____ | _____ | _____ |
| RITUAL MENTAL: _____ | _____ | _____ |
| TENDENCIA ORDEN: _____ | _____ | _____ |
| LIMPIEZA EXCESIVA: _____ | _____ | _____ |
| ESCRÚPULOS: _____ | _____ | _____ |
| IDEAS ABSURDAS: _____ | _____ | _____ |
| MIEDO A AGREDIR: _____ | _____ | _____ |
| PERDER CONTROL: _____ | _____ | _____ |

URGENCIA MICCIÓN: _____
DESASOSIEGO: _____
INQUIETUD FÍSICA: _____
TENSIÓN MUSCULAR: _____
CALAMBRES: _____
SEQUEDAD BOCA: _____
DOLOR CABEZA: _____
DOLOR MUSCULAR: _____
DOLORS ÓSEOS: _____
DOLOR ABDOMEN: _____
DOLOR PECHO: _____
NEURALGIAS: _____
INQUIETUD PIERNAS: _____
DIFICULTAD DORMIRSE: _____
DESPERTAR FRECUENTE: _____
DESPERTAR PRECOZ: _____
SUEÑO DIURNO: _____
ENLENTECIMIENTO: _____
CANSANCIO: _____
DIFICULTAD ATENCIÓN: _____
DIFICULTAD MEMORIA: _____
TORPEZA FÍSICA: _____
APATÍA: _____
FALTA ENERGÍA: _____
TRISTEZA: _____
FALTA INTERÉS: _____
LÍMITE DISFRUTAR: _____
ABURRIMIENTO: _____
PÉRDIDA APETITO: _____
PÉRDIDA DE PESO: _____
PÉRDIDA DE GRACIA: _____
PESIMISMO: _____
DESESPERANZA: _____
PENSAMIENTOS (-): _____
IDEAS DE MUERTE: _____
IDEAS SUICIDIO: _____
TENTATIVAS SUIC.: _____
IRRITABILIDAD: _____
AGRESIVIDAD: _____
IMPULSIVIDAD: _____
EUFORIA: _____
HIPERACTIVIDAD: _____
< NECESIDAD SUEÑO: _____
MAYOR ENERGÍA: _____
DESINHIBICIÓN: _____
GASTO EXCESIVO: _____
RAPIDEZ AL HABLAR: _____
RAPIDEZ PENSAR: _____
IDEAS ESPECIALES: _____

PENSAR QUE CIERTAS COSAS SE REFIEREN A UNO PERSONALMENTE DE FORMA ESPECIAL: _____

NOTAR QUE HAY DEMASIADAS COINCIDENCIAS, O QUE LAS COSAS SE HAN "PREPARADO": _____

PENSAR QUE LOS DEMÁS HABLAN DE UNO, LE CRITICAN O VIGILAN DE FORMA ESPECIAL: _____

NOTAR SEÑALES ESPECIALES, O SIGNOS QUE QUIEREN DECIR ALGO ESPECIAL AL PACIENTE: _____

NOTAR QUE EL MUNDO HA CAMBIADO, QUE LO QUE LE RODEA A UNO ESTÁ COMO CAMBIADO: _____

NOTAR COMO VOCES QUE LE HABLAN A UNO EN LA CABEZA O PENSAMIENTOS TELEPÁTICOS: _____

PENSAR QUE UNO TIENE PODERES ESPECIALES O QUE ESTÁ PREDESTINADO PARA ALGO ESPECIAL: _____

OTROS SÍNTOMAS: _____

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DETALLAR OTROS PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS SÍNTOMAS PRESENTES:
EN EL MATRIMONIO O FAMILIA: _____

EN EL TRABAJO: _____

EN LAS AMISTADES O RELACIONES SOCIALES: _____

EN OTROS ÁMBITOS O CIRCUNSTANCIAS: _____

OTRAS COSAS QUE DESEE COMENTAR: _____

PREGUNTAS QUE DESEE HACER EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA: _____

Toda la información contenida en este protocolo está sujeto a la confidencialidad médica regulada por la ley.