**Rosita Cortizo, PsyD, MFT, MA**

 **(619) 920-1638**

**Evaluación Clínica de Salud Mental**

**Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:**

**Edad: Sexo:** **[ ]  M** **[ ]  F**

**Síntomas:**

**Problema que presenta:**

**[ ]  Depresión**

**[ ]  Energía baja**

**[ ]  Falta de concentración**

**[ ]  Desesperanza**

**[ ]  Culpabilidad**

**[ ]  Baja autoestima**

**[ ]  Falta de sueño/**

 **Problemas para dormir**

**[ ]  Falta de Apetito**

**[ ]  Pensar en lastimarse**

**[ ]  Pensar en lastimar a**

 **alguien más**

**[ ]  Aislamiento**

**[ ]  Tristeza/pérdida**

**[ ]  Estrés**

**[ ]  Ansiedad/pánico**

**[ ]  Corazón late con**

 **fuerza/acelerado**

**[ ]  Dolor en el pecho**

**[ ]  Temblores**

**[ ]  Sudores**

**[ ]  Escalofríos/bochornos**

**[ ]  Entumecimiento/**

 **hormigueo**

**[ ]  Miedo de morir**

**[ ]  Nauseas**

**[ ]  Fobias**

**[ ] Obsesiones/**

 **comportamiento**

 **compulsivo**

**[ ]  Muchos pensamientos**

**[ ]  Incapacidad para**

 **retener una idea**

**[ ]  Se agita fácilmente**

**[ ]  Conductas en**

 **exceso**

**[ ]  Delirios/alucinaciones**

**[ ]  No pensar con**

 **claridad/confusión**

**[ ]  Pensamientos de que**

 **tú no eres real**

**[ ]  Pensamientos de que**

 **las cosas no son reales**

**[ ]  Irrespetuoso**

**[ ]  Pensamientos**

 **desagradables que no**

 **desaparecen**

**[ ]  Enojo/frustración**

**[ ]  Fácilmente irritado**

**[ ]  Desobediente**

**[ ]  Culpa a los demás**

**[ ]  Discute**

**[ ]  Uso excesivo de**

 **drogas/alcohol**

**[ ]  Uso excesivo de**

 **medicamentos**

 **recetados**

**[ ]  Perdida de**

 **conocimiento**

**[ ]  Problemas de maltrato**

 **físico**

**[ ]  Problemas de abuso**

 **sexual**

**[ ]  Problemas de abuso**

 **del cónyuge**

**[ ]  Otros problemas/**

 **síntomas**

**Historia del Problema:**

**Hospitalizaciones Psiquiátricas/Historia de Enfermedad Mental:**

**Medicamentos:**

**­­­­Alergias:**

**Historial médico:**

**­­­­­­­­­­**

**Uso de sustancias:**

**Condición(es) peligrosa(s) o seria(s):**

**[ ]  Suicida**

**[ ]  Violencia Doméstica**

**[ ]  Abuso Sexual**

**[ ]  Abuso Físico**

**[ ]  Abuso Verbal**

**[ ]  Violencia**

**[ ]  Problemas con**

 **Pandillas**

**[ ]  Ausentismo Escolar**

**[ ]  Suspensiones de la**

 **Escuela (-)**

**[ ]  Transferencias (-)**

**[ ]  Autor del Abuso (-)**

**Educación: (Educación Especial, IEP, Grados)**

**Historia de la familia/relación:** **[ ]  Adoptado** **[ ]  Foster** **[ ]  Guardián Legal**

**Historia de desarrollo: (Embarazo, Postparto, Infancia, Logros)**

**Situación en que vive:**

**Situación Legal:**

**Nivel de aculturación:**

**Religión:**

**Recursos de la Comunidad:**

**Resumen:**

**¿Condena por un delito grave?** **[ ]  Sí** **[ ]  No**

**¿Por qué fue condenado?**

**¿Tiempo de duración en la cárcel?**

**Dx del DSM IV de la Dra. Cortizo:**

**[ ]  AXIS I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  AXIS II \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  AXIS III \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  AXIS IV \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]  AXIS V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pronóstico:** **[ ]  Bueno** **[ ]  Regular** **[ ]  Reservado** **[ ]  Pobre**

**EXAMEN DE ESTADO MENTAL:**

**APARIENCIA:** Aseo: [ ]  Normal [ ]  Desarreglado [ ]  Inusual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HYGIENE:** [ ]  Norma l [ ]  Mal olor corporal [ ]  Mal aliento [ ]  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD PSICOMOTORA:** [ ]  Relajada [ ]  Inquieto [ ]  Paseando [ ]  Tranquilo [ ]  Amenazante

[ ]  Catatónico [ ]  Posturas [ ]  Manierismos [ ]  Retraso Psicomotor [ ]  Temblores [ ]  Tics [ ]  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INTERPERSONAL:** [ ]  Cooperativo [ ]  Oposición/Resistente [ ]  A la defensiva [ ]  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HABLA:** [ ]  Normal [ ]  Presionado [ ]  Lento [ ]  Disartria [ ]  Apraxia

**LENGUAJE EXPRESIVO:** [ ]  Normal [ ]  Circunstancial [ ]  Anomia [ ]  Parafasia [ ]  Resonante [ ]  Ecolalia

[ ]  Incoherente [ ]  Neologismos

**LENGUAJE RECEPTIVO:** [ ]  Normal [ ]  Anormal

**ESTADO DE ANIMO:** [ ]  Normal [ ]  Eufórico [ ]  Elevado [ ]  Deprimido [ ]  Enojado [ ]  Irritable [ ]  Ansioso

**AFECTO:** [ ]  Amplio [ ]  Restringido [ ]  Mitigado [ ]  Plano [ ]  Inapropiado [ ]  Lábil

**ORIENTACION:** [ ]  Normal [ ]  Anormal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ÍNDICE DE INTELIGENCIA ESTIMADO:** [ ]  Sobre promedio [ ]  Promedio [ ]  Bajo Promedio

**ATENCION:** [ ]  Normal [ ]  Distraído [ ]  Híper vigilante

**CONCENTRACION:** [ ]  Normal [ ]  Breve

**MEMORIA:** **Memoria Reciente**: [ ]  Normal [ ]  Anormal

 **Memoria a Corto Plazo**: [ ]  Normal [ ]  Anormal

 **Memoria a Largo Plazo**: [ ]  Normal [ ]  Anormal

**PROCESO DEL PENSAMIENTO:** [ ]  Normal [ ]  Bloqueo [ ]  Asociaciones Lentas [ ]  Confabulaciones

[ ]  Fuga de Ideas [ ]  Grandiosidad [ ]  Paranoia [ ]  Pensamiento Mágico [ ]  Obsesiones [ ]  Perseverancia

[ ]  Ideas delirantes [ ]  Despersonalización [ ]  Ideación Suicida [ ]  Ideación Homicida [ ]  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALUCINACION:** [ ]  Ninguna [ ]  Auditiva [ ]  Visual [ ]  Olfativa [ ]  Gustativa

**JUICIO:** [ ]  Bueno [ ]  Regular [ ]  Pobre

**VISION:**  [ ]  Buena [ ]  Regular [ ]  Pobre

**CONTROL DE IMPULSOS:**  [ ]  Bueno [ ]  Regular [ ]  Pobre

**PLAN DE TRATAMIENTO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROBLEMA** | **META** | **INTERVENCION** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Referencia a MD:** **[ ]  Sí** **[ ]  No Razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de sesiones: Familia \_\_\_\_\_ Individual \_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Firma del Proveedor Fecha**