



FM

Folio: _____

HISTORIAL CLÍNICO.

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ ¿Qué institución les refiere? _____

Motivo de consulta: _____

¿Estoy de acuerdo con asistir a consulta? A) SÍ B) NO ¿Por qué? _____

AREA PERSONAL:

Señas particulares o tatuajes: _____

Rutina diaria: _____

Metas:

Corto: _____

Mediano: _____

Largo plazo: _____

¿Qué haces para divertirte? _____

¿Qué emoción predomina mi personalidad? ¿Por qué?

Miedo

Alegría

Tristeza

Enojo

Amor

Observaciones:

ÁREA FAMILIAR:

¿Con quién vives?: _____

¿Existen reglas claras en el hogar? _____

¿Cuáles?: _____

¿Con qué frecuencia las cumples?: A) SIEMPRE B) ALGUNAS VECES C) NUNCA ¿POR QUÉ?: _____

(IDENTIFICAR A LA FIGURA DE AUTORIDAD)

¿Qué consecuencia hay cuando no cumples las reglas?: _____

ÁREA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Cuando te portas mal o no obedeces, ¿cómo te llaman la atención?: _____

Cuando te castigan, ¿cómo lo hacen?: _____

¿Quién te corrige o castiga?: _____

¿Entre los integrantes de tu familia existen peleas fuertes? A) SÍ B) NO

¿Entre quienes?: _____

¿De qué forma son esas peleas?: _____

Cuando discuten en casa, en alguna ocasión se ha presentado:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empujones | <input type="checkbox"/> Mordidas |
| <input type="checkbox"/> Jalones o sacudidas | <input type="checkbox"/> Quemaduras |
| <input type="checkbox"/> Rasguños | <input type="checkbox"/> Cachetadas |
| <input type="checkbox"/> Puñetazos | <input type="checkbox"/> Patadas |
| <input type="checkbox"/> Ahorcamiento | <input type="checkbox"/> Golpes utilizando objetos como: Palos, cintos, mangueras, trastes, etc. |
| <input type="checkbox"/> Apuñaladas | <input type="checkbox"/> Amenazas |
| <input type="checkbox"/> Disparos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Insultos y frases denigrantes | |

¿Con qué frecuencia se presentan estas situaciones en tu familia?

- A) Muy frecuente B) Frecuente C) Poco frecuente

¿Algunos de los miembros de tu familia ha requerido ser hospitalizado por este tipo de problemas?

A) SÍ B) NO ¿QUIÉN? ¿POR QUÉ?

¿HAN SOLICITADO AYUDA? A) SÍ B) NO ¿A QUIÉN?

ADICCIONES:

¿Alguna vez has consumido drogas? A) SÍ B) NO

¿Actualmente las sigues consumiendo? A) SÍ B) NO ¿Cuál?: _____

¿Con qué frecuencia?

¿Qué tipo de droga has consumido?

ANTECEDENTES DE CONDUCTA SEXUAL:

¿Has recibido educación sexual en casa? A) SÍ B) NO

¿Qué información has recibido?: _____

¿Ya iniciaste tu vida sexual? ¿a qué edad?: _____

Tu inicio de vida sexual fue de forma voluntaria? A) SÍ B) NO

¿Cuántas parejas sexuales has tenido? _____

¿Alguna vez has tenido relaciones o interacciones sexuales con personas de tu mismo sexo? _____

¿Has tenido alguna experiencia sexual desagradable? A) SÍ B) NO

¿Cuál fue esa experiencia?: _____

Observaciones:

EN LA AUTOEXPLORACIÓN:

- _____ Muestra interés por temas sexuales.
- _____ Ha recibido información sexual en su casa (familia).
- _____ Ha recibido información sexual en la escuela.
- _____ Ha recibido información de sus amigos.
- _____ Edad aparente de las primeras informaciones.
- _____ Duerme en el mismo cuarto de la madre y el padre.
- _____ Duerme en el mismo cuarto de las y los hermanos.
- _____ Tiene actividad sexual (aparente).
 - No (no sé).
 - Juegos genitales.
 - Se masturba.
 - Juegos heterosexuales.
 - Juegos homosexuales.
 - Vida sexual activa con protección.
 - Vida sexual activa sin protección.

ENFERMEDADES FAMILIARES (ya diagnosticadas o antecedentes familiares).

Cáncer, diabetes, artritis, alergias, colitis, gastritis, migrañas, depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, etc.

EVENTOS SIGNIFICATIVOS.

Muertes, accidentes, enfermedades, cambios de ciudad, separaciones familiares, etc.