

Nombre de Propuesto Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

RUT _____ Peso _____ Estatura _____

1. Por favor indique la naturaleza del desorden psiquiátrico por el cual tratamiento fue visto o recomendado, y Cuál fue el diagnóstico

2. Por favor indique al mejor de su conocimiento:

a) Fecha del primer síntoma, duración y causa _____

b) Fecha de la primera exacerbación de los síntomas que lo llevó a tratamiento _____

c) ¿Existe algún síntoma de estrés por el cual usted cree que está relacionado con el comienzo de los síntomas descritos

Si la respuesta es afirmativa, explique _____

d) Fecha del comienzo de la terapia _____

Frecuencia de las consultas _____

Fecha de la última consulta _____

3. Al inicio del tratamiento del paciente, ¿Qué severo era el impedimento para su adaptación o habilidad para funcionar?

Caracterizaría el problema como:

 a) Una reacción situacional con una personalidad básicamente saludable b) Una personalidad o un desorden emocional con pobre adaptación en la mayoría de las áreas c) Una personalidad o un desorden emocional con una menos adecuada adaptación en algunas áreas d) Una personalidad o un desorden emocional con pobre adaptación en algunas áreas o dificultad en muchas áreas e) Un desorden emocional severo con pobre o no-adaptación en una o en más cruciales áreas de funcionamiento

4. En el presente o en su último contacto con el paciente, ¿Cómo clasificaría su estado de acuerdo a los siguientes criterios

Categoría a b c d e Mejorado? Sí No Recuperado? Sí No

5. ¿Ha recetado algún sedativo o drogas psicotrópicas? Si la respuesta es Sí, por favor detalle nombres, dosis y duración del uso.

6. ¿Ha sido hospitalizado? Terapia Electroconvulsiva? Tiempo perdido en el trabajo debido a enfermedad psiquiátrica? En caso afirmativo, por favor explique _____7. ¿Ha intentado suicidarse? Amenaza de suicidio? En caso afirmativo, por favor explique

8. ¿Existe precedentes de uso excesivo de alcohol o abuso de drogas? Si la respuesta es Sí, describa

9. ¿A su conocimiento, el paciente ha tenido síntomas somáticos o psicofisiológico relacionado con el problema psiquiátrico mencionado en pregunta # 1? Si la respuesta es Sí, describa

10. ¿Está usted anuente del algún problema médico o de otras consultas médicas? Si la respuesta es Sí, podría proveer detalles?

Fecha _____ Firma _____ MD