

CUESTIONARIO NEUROPSICOLOGICO PARA EL ADULTO Español

Nombre: _____ SSN: _____ FN: ___/___/___ Edad: _____

A qué vino hoy a esta visita?

Qué preguntas quiere que esta evaluación responda?

HISTORIA SOCIAL:

Dónde nació? _____ Dónde se crió? _____

Quién lo crió? _____ Cuántos hermanos y hermanas tiene? _____

Casado/a __ Estado ahora: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Cuánto tiempo? _____

Tiene hijos? Si No . Sus edades: _____

Haga una lista de enfermedades neurológicas en su familia:

Haga una lista de enfermedades psiquiátricas en su familia:

Historia Educativa:

Repitió año alguna vez en la escuela? Si No. Si repitió explique por qué: _____

Haga una lista de las clases de Educación Especial (incluya año y escuela): _____

Tuvo problemas de aprendizaje? _____ Qué tipo de problemas o áreas? _____

Alguna vez le dijeron que era hiperactivo? __ o tenía falta de atención?: __ Dónde y cuándo? _____

Tomó medicación para que le ayudará en la escuela (Ritalin?)? _____ Otras medicinas? _____

Marqué los síntomas que usted tuvo cuando estaba en la escuela:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No podía estarse quieto
inquieto | <input type="checkbox"/> No podía organizar/finalizar tareas | <input type="checkbox"/> Siempre estaba |
| <input type="checkbox"/> Moviéndose e inquieto | <input type="checkbox"/> Necesitaba que le vigilarán | <input type="checkbox"/> Actuaba antes de pensar |
| <input type="checkbox"/> No podía estar sentado | <input type="checkbox"/> Tenía problemas con la atención | <input type="checkbox"/> Se metía en problemas |
| <input type="checkbox"/> Destruía cosas | <input type="checkbox"/> Hablaba sin esperar el turno | <input type="checkbox"/> Aprendía muy lento |
| <input type="checkbox"/> Peleaba con los demás | <input type="checkbox"/> Iba a la oficina del director o consejero | <input type="checkbox"/> Usaba drogas o alcohol |

Era usted un estudiante modelo ? ____ Nunca ____ Raramente ____ Normalmente ____ Siempre

Si no fue a la Universidad, Cuál es lo máximo que completó? ____ Año ____

Calificaciones ____

Si abandonó la escuela antes de tiempo, cuál fue la razón? _____

Si fue a la universidad: Qué título completo? _____ Año ____ Universidad _____

Especialidad _____ Otras especialidades _____ Calificaciones Medias ____

Futuros planes en educación:

Historia de Trabajo:

Trabaja ahora? ____ Ocupación? _____ Fecha de comienzo: _____

Si no trabaja o esta retirado, cuánto tipo hace que no ha trabajado? _____

Cuales son/fueron son mayores responsabilidades en el trabajo? _____

Trabajo antes de éste ultimo? _____

Cuál ha sido su trabajo principal durante los años? _____

Haga una lista de problemas en su trabajo de ahora o del pasado: _____

Servicio militar? Sí, Que rama: _____ Fecha de servicio: _____ Rango _____

Ocupación especial en el ejercito? _____

Cuales son sus planes de futuro?

Historial Medico

Hubieron algunas complicaciones en el parto or problemas con el embarazo de su mamá cuándo nació??

Nació a los nueve meses de embarazo? ____ Si no, cuantos meses prematuro? ____ Peso al nacer? _____

En qué año comenzó a andar ____ y a hablar ____?

Ha tenido importantes lesiones en la cabeza? Si No

Si las tuvo, por favor describa la lesión, cuándo, y si estuvo sin conocimiento, y cuánto tiempo

Lesión	Cuándo?	Pérdida de conocimiento?	Cuánto duró?
--------	---------	--------------------------	--------------

De las siguientes enfermedades, marque las que usted haya tenido, o tiene

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Infecciones (de qué tipo: _____) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Tumor/Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea | <input type="checkbox"/> Absceso Cerebral (o aneurisma) |
| <input type="checkbox"/> Ataque cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de las tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque de calor | <input type="checkbox"/> Delirio | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Otras (por favor aquí): _____ | |

De las siguientes, marque las que usted haya tenido, o experimentado:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plomo (en pintura, etc) | <input type="checkbox"/> Químicos tóxicos | <input type="checkbox"/> Descarga eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Monóxido de Carbono | <input type="checkbox"/> Malnutrición | <input type="checkbox"/> Accidentes químicos |
| <input type="checkbox"/> Disolventes industriales | <input type="checkbox"/> Envenenamiento con gas | <input type="checkbox"/> Falta de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Ahogo parcial | <input type="checkbox"/> Cualquier otro incidente traumático: | |

Ha recibido alguna vez asistencia de un psiquiatra/psicólogo? Sí No.

Si recibió, por favor explique cuándo y por qué razón?

Ha intentado suicidarse alguna vez? Sí No

Por favor marque si ha tenido estos problemas recientemente en los últimos meses/años:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Impulsividad (actuar antes de pensar) | <input type="checkbox"/> Se ha perdido | <input type="checkbox"/> Periodos de confusión |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos | <input type="checkbox"/> Náusea o vómito | <input type="checkbox"/> Pérdida de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Se frustra más fácilmente | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la personalidad | <input type="checkbox"/> Cambios en el olfato/sabor | <input type="checkbox"/> Camina diferente |
| <input type="checkbox"/> Falta de interés | <input type="checkbox"/> Problemas prestando atención | <input type="checkbox"/> Halucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Falta de sentido común | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Periodos de lagunas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de sensibilidad en el cuerpo mentales | <input type="checkbox"/> Pitidos en los oídos/orejas | <input type="checkbox"/> Periodos de lagunas |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Risa o llanto incontrolable |
| <input type="checkbox"/> Debilidad inexplicable | <input type="checkbox"/> Cambios en la audición | <input type="checkbox"/> Pérdida de coordinación |
| <input type="checkbox"/> Descontrol de la orina/heces | <input type="checkbox"/> Pérdida de habilidad en el sexo | |
| <input type="checkbox"/> Quemazón/Hormigueo en el cuerpo | <input type="checkbox"/> Dificultad haciendo lo que antes hacía fácilmente | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Por favor explique los síntomas que marco arriba:

Tiene artritis o lesiones en sus hombros, brazos, or manos que afectan sus sentidos, fuerza, o velocidad en sus extremidades? Si No, dónde? _____

Tiene pérdida de audición/oidos? _____

Le han dicho alguna vez que requiere el uso de lentes para la visión? _____

Haga una **lista** de todas las **medicinas** que toma ahora, las que le da el doctor y las que compra usted en la farmacia por su cuenta:

Medicina

Dosis

Por cuánto tiempo?

Efectos secundarios?

Toma alcohol en el presente?

Tomó usted mucho en el pasado? Si No

Cuánto cafe toma al día? _____

Haga una lista de las drogas/substancias que abusa o ha abusado en el pasado?

Ha participado alguna vez en algun programa de rehabilitación para drogas? Si No

Si ha participado, describalo aquí abajo:

Tiene pendiente alguna petición de incapacidad (disability)? ___ Con el VA? ___ Con la Seguridad Social? ___ Otra _____

Qué incapacidad reclama? _____

Qué lenguaje(s) habla usted la mayoría del tiempo? _____

Qué lenguaje(s) aprendio usted primero cuando era niño/a? _____

2º Lenguaje? _____

Hay algo en sus funciones diarias o eventos del pasado que usted piensa que podrían ser importantes que nosotros supieramos. Por favor, indíquelo aquí abajo: