



Russel Thompson, PhD & Associates, PC
7400 Blanco Rd, Suite 126
San Antonio, TX 78216
Office: 210-699-8700
Fax: 210-587-2454

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 | <input type="checkbox"/> No podía organizar/finalizar tareas | <input type="checkbox"/> Siempre estaba inquieto |
| <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 multiple |
| <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Tumor/Cancer |

- Meningitis
- Ataque cerebral
- Ataque de calor
- Demencia
- Enfermedad Venerea
- Enfermedad del corazon
- Delirio
- Otras (por favor aquí): _____
- Absceso Cerebral (o aneurisma)
- Problemas de las tiroides
- Pérdida de memoria

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

- Plomo (en pintura, etc)
- Monóxido de Carbono
- Disolventes industriales
- Ahogo parcial
- Químicos tóxicos
- Malnutrición
- Envenenamiento con gas
- Cualquier otro incidente traumático:
- Descarga eléctrica
- Accidentes quimicos
- Falta de oxígeno

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 ultimos meses/años:

- Impulsividad(actuar antes de pensar)
- Dolores de cabeza severos
- Problemas de memoria
- Cambios en la personalidad
- Falta de interés
- Falta de sentido comun
- Perdida de sensibilidad en el cuerpo
- Cambios en la visión
- Debilidad inexplicable
- Descontrol de la orina/heces
- Quemazón/Hormigueo en el cuerpo
- Se ha perdido
- Nausea o vomito
- Se frustra mas facilmente
- Cambios en el olfato/sabor
- Problemas prestando atencion
- Mareos
- Pitidos en los oidos/orejas
- Desmayos
- Cambios en la audición
- Pérdida de habilidad en el sexo
- Dificultad haciendo lo que antes hacia facilmente
- Periodos de confusión
- Pérdida de temperamento
- Temblores
- Camina diferente
- Halucinaciones
- Periodos de lagunas mentales
- Risa o llanto incontrolable
- Perdida de coordinación
- 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 les 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:

áóéí