

## HISTORIA QUÍMICA

Tipo de Sustancia Usada	Edad del Primer Uso	Fecha del Ultimo Uso	Método de Uso	Veces por día	Veces por Semana	Cuanta Cantidad	Episodios Importantes
<b>Alcohol</b>							
<b>Tranquilizantes</b>							
<b>Marihuana</b>							
<b>Cocaína</b>							
<b>Heroína</b>							
<b>Anfetaminas</b>							
<b>Barbitúricos</b>							
<b>Opiáceos</b>							
<b>Alucinógenos</b>							
<b>Prescripciones Medicas</b>							
<b>Medicación sin Prescripción Medica</b>							
<b>Tabaco</b>							
<b>Otros</b>							

Por favor complete totalmente la tabla anterior. Si usted tiene cualquier pregunta el consejero trabajará con usted para ayudarlo. Indique por favor su droga de preferencia con una ✓ marca.

## Historia Química, Cont.

Como resultado de su uso/abuso de sustancias ha, alguna vez, experimentado cualquiera de los siguientes:

<b>Síntomas</b>	<b>Fecha, Droga</b>	<b>Emociones Antes</b>	<b>Emociones Ahora</b>
<b>Perdida de Memoria o</b>			
<b>Cruda / Resaca</b>			
<b>Alucinaciones</b>			
<b>Sudor</b>			
<b>Borracheras</b>			
<b>Convulsiones / Ataques</b>			
<b>Temblores</b>			
<b>Delirios</b>			
<b>Intentos de Suicidio</b>			
<b>Intento de Reducirlo</b>			
<b>Intento de Detenerlo</b>			
<b>Uso de Drogas IV</b>			
<b>Compartir Aguja</b>			
<b>Otros</b>			



# HISTORIA FAMILIAR

A continuación hay un diagrama de un árbol familiar. Por favor llene los nombres, fecha de nacimiento y muerte (si es aplicable) lo mejor que usted pueda.

Indique a cualquier miembro de su familia que usó alcohol y/o drogas (A = Alcohol, D = Drogas).

<b>Bisabuelo</b>	<b>Bisabuela</b>	<b>Bisabuelo</b>	<b>Bisabuela</b>	<b>Bisabuelo</b>	<b>Bisabuelo</b>	<b>Bisabuela</b>	<b>Bisabuelo</b>

↓ ↓ ↓ ↓

<b>Abuelo</b>	<b>Abuela</b>	<b>Abuelo</b>	<b>Abuela</b>

↓ ↓

<b>Padre</b>	<b>Madre</b>

↙ ↘ ↙ ↘

<b>Tíos y Tías</b>	<b>Hijos por orden de nacimiento incluyendo a usted mismo</b>	<b>Tíos y Tías</b>

<b>Compañero/a actual :</b>	<b>Hijos – Nombre Edad Sexo ¿Están viviendo con Usted?</b>
<b>Relaciones Pasadas Significantes:</b>	

## Historia Emocional

¿Usted ha buscado en la vida algún tratamiento o pedido ayuda para un problema emocional? Si  No

¿Si es si que diagnostico le han dado a usted y que tratamiento ha tenido para ayudarlo?

---

¿Usted fue castigado cuando niño, como y por quien?

---

---

¿Usted cambia de humor abruptamente? Si  No  si es si por favor explique

---

¿Usted se enoja fácilmente? Si  No

¿Usted se echa a llorar fácilmente? Si  No

¿Usted le ha gritado a alguien estando enojado? Si  No

¿Usted le ha pegado a alguien estando enojado? Si  No

¿Alguien le ha dicho que usted es demasiado sensible? Si  No

¿Usted alguna vez pensó en matarse? Si  No

¿Usted ha intentado matarse alguna vez? Si  No

¿Como usted se siente en estos momentos?

---

Nombre del consejero \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_