

Behavioral Health Intake Form

Formulario de Evaluación de Salud Mental

Full Name: _____ DOB: _____ Date: _____
Nombre Completo Fec. Nac. Fecha de Hoy

Briefly describe the problems that brought you here today: _____
Describe brevemente los problemas que lo trajeron aquí hoy

Past Treatments / Tratamientos Pasados

		Type of Treatment <i>Tipo de Tratamiento</i>	When? <i>¿Cuándo?</i>	Provider / Program <i>Proveedor / Programa</i>	Reason <i>Motivo</i>
Outpatient Counseling <i>Terapia Ambulatoria</i>	☐ Yes <i>/ Si</i>	☐ No	_____	_____	_____
Medication (mental health) <i>Medicamento (salud mental)</i>	☐ Yes <i>/ Si</i>	☐ No	_____	_____	_____
Psychiatric Hospitalization <i>Hospitalización Psiquiátrica</i>	☐ Yes <i>/ Si</i>	☐ No	_____	_____	_____
Drug / Alcohol Treatment <i>Tratamiento para Drogas / Alcohol</i>	☐ Yes <i>/ Si</i>	☐ No	_____	_____	_____
Self-help / Support Groups <i>Ayuda propia / Grupos de Apoyo</i>	☐ Yes <i>/ Si</i>	☐ No	_____	_____	_____

Current Concerns / Preocupaciones Actuales

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Distractibility
<i>Distracción</i>
☐ Hyperactivity
<i>Hiperactividad</i>
☐ Impulsivity
<i>Impulsividad</i>
☐ Boredom
<i>Aburrimiento</i>
☐ Poor memory / confusion
<i>Mala memoria / confusión</i>
☐ Seasonal mood changes
<i>Cambios de humor estacionales</i>
☐ Sadness / depression
<i>Tristeza / depresión</i>
☐ Loss of pleasure/interest
<i>Pérdida de placer/interés</i>
☐ Hopelessness
<i>Desesperanza</i>
☐ Thoughts of death
<i>Pensamientos sobre la muerte</i>
☐ Self-harm behaviors
<i>Comportamientos de autolesión</i>
☐ Crying spells
<i>Episodios de llanto</i>
☐ Loneliness
<i>Soledad</i>
☐ Low self-worth
<i>Baja autoestima</i>
☐ Guilt / shame
<i>Culpa / vergüenza</i> | ☐ Change in appetite
<i>Cambio en el apetito</i>
☐ Lack of motivation
<i>Falta de motivación</i>
☐ Withdrawal from people
<i>Aislamiento de las personas</i>
☐ Anxiety / worry
<i>Ansiedad / preocupación</i>
☐ Panic attacks
<i>Ataques de pánico</i>
☐ Fear away from home
<i>Miedo al estar lejos de casa</i>
☐ Social discomfort
<i>Incomodidad social</i>
☐ Obsessive thoughts
<i>Pensamientos obsesivos</i>
☐ Compulsive behavior
<i>Comportamiento compulsivo</i>
☐ Aggression / fights
<i>Agresión / peleas</i>
☐ Frequent arguments
<i>Discusiones frecuentes</i>
☐ Irritability / anger
<i>Irritabilidad / enojo</i>
☐ Homicidal thoughts
<i>Pensamientos homicidas</i>
☐ Flashbacks
<i>Recuerdos recurrentes</i>
☐ Hearing voices
<i>Escuchar voces</i> | ☐ Suspicion / paranoia
<i>Sospecha / paranoia</i>
☐ Racing thoughts
<i>Pensamientos acelerados</i>
☐ Excessive energy
<i>Energía excesiva</i>
☐ Wide mood swings
<i>Cambios repentinos de ánimo</i>
☐ Sleep problems
<i>Problemas de sueño</i>
☐ Nightmares
<i>Pesadillas</i>
☐ Eating problems
<i>Problemas alimenticios</i>
☐ Gambling problems
<i>Problemas de juego</i>
☐ Computer addiction
<i>Adicción a la computadora</i>
☐ Problems with pornography
<i>Problemas con la pornografía</i>
☐ Parenting problems
<i>Problemas de crianza</i>
☐ Sexual problems
<i>Problemas sexuales</i>
☐ Relationship problems
<i>Problemas de relaciones</i>
☐ Work / school problems
<i>Problemas en trabajo / escuela</i>
☐ Alcohol / drug use
<i>Consumo de alcohol / drogas</i> |
|---|--|--|

Behavioral Health Intake Form

Formulario de Evaluación de Salud Mental

☐ Fatigue

Fatiga

☐ Visual hallucinations

Alucinaciones visuales

☐ Disturbing memories

Recuerdos perturbadores

☐ Other / Otro: _____

Living Arrangement / Situación Habitacional

With whom are you currently living?: _____

¿Con quién vive actualmente?

Satisfied in current living situation?:

¿Está satisfecho/a con su situación de vivienda actual?

☐ Yes / Si ☐ No

Do you have a legal guardian representative payee or conservatorship?:

¿Tiene un tutor legal, representante, beneficiario o tutela?

☐ Yes / Si ☐ No

Are you currently involved in any divorce or child custody proceedings?:

¿Está actualmente involucrado en algún proceso de divorcio o custodia de menores?

☐ Yes / Si ☐ No

If yes, please explain: _____

Si la respuesta es sí, por favor explique

Family Information / Información Familiar

Do you have children?:

☐ Yes / Si ☐ No

¿Tiene hijos?

List family medical, mental health, and/or substance use history: _____

Lista de antecedentes familiares de salud médica, mental y/o consumo de sustancias

Developmental Milestones (talk, sit, crawl etc.): _____

Indicadores del Desarrollo (hablar, sentarse, gatear, etc.)

Sexual preference: _____

Orientación sexual

Any sexual concerns?: _____

¿Tiene alguna preocupación sexual?

Social Supports / Apoyos Sociales

Friendships /social / pets / peer support relationships: _____

Amistades / relaciones sociales / mascotas / relaciones de apoyo entre compañeros

Meaningful activities: _____

Actividades significativas

Religion / Spirituality: _____

Religión / Espiritualidad

Community support / self-help groups (NA, AA, NAMI): _____

Grupos de apoyo comunitario / autoayuda

Cultural background and beliefs: _____

Antecedentes y creencias culturales

Behavioral Health Intake Form

Formulario de Evaluación de Salud Mental

Education Adult / Educación de Adultos

Highest level completed?: _____
¿Nivel más alto completado?

Special educational needs?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Necesidades educativas especiales?

Explain: _____
Explique

Education – Children / Adolescent | Educación – Niños / Adolescentes

Do you attend any special education?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Asiste a algún tipo de educación especial?

Are you currently on an IEP or 504 plan?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Tiene actualmente un plan IEP o 504?

Any suspensions and / or expulsions?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Alguna suspensión y / o expulsión?

Name of School: _____
Nombre de la Escuela

Current grades and attendance: _____
Calificaciones y asistencia actuales

Employment History / Historial Laboral

Are you currently employed?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Estás empleado actualmente?

Total hours worked: _____
Numero de horas que trabaja

Reason for not currently employed?: ☐ *Disabled* ☐ Other: _____
¿Razon por la cual no está empleado? Discapacidad Otro

Are you looking for work?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Estás buscando empleo?

Do you need help finding employment?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Necesita ayuda para encontrar empleo?

Have you ever served in the military?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Alguna vez ha servido en el ejército?

Is family, or significant other, in the military?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Algún familiar o pareja está en el ejército?

Trauma History / Historial de Trauma

Have you experienced any of the following?:
¿Ha experimentado alguno de los siguientes?

- | | |
|---|--|
| ☐ Emotional Abuse
<i>Abuso emocional</i> | ☐ Sexual /Molestation
<i>Abuso sexual</i> |
| ☐ Physical Abuse
<i>Abuso físico</i> | ☐ Neglect
<i>Negligencia</i> |
| ☐ Violence in the home
<i>Violencia en el hogar</i> | ☐ Victim / Witness of a Crime
<i>Victima / Testigo de una Crimen</i> |
| ☐ Homelessness
<i>La falta de vivienda</i> | ☐ Other: _____
<i>Otro</i> |

Behavioral Health Intake Form

Formulario de Evaluación de Salud Mental

Substance Use / Addictive Behaviors | Uso de Sustancias / Comportamientos Adictivos

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Illegal Drugs
<i>Drogas ilegales</i> | ☐ Prescription Drugs
<i>Medicamentos recetados</i> | ☐ Non-Prescription
<i>Medicamentos sin receta</i> |
| ☐ Gambling
<i>Juego</i> | ☐ Tobacco Usage
<i>Uso de tabaco</i> | ☐ Other: _____
<i>Otro</i> |

Do you drink alcohol?: ☐ Yes / *Si* ☐ No ☐ Formerly / *En el pasado*
¿Bebe alcohol?

Describe how substance use impacts current level of functioning if appropriate:
Describe cómo el uso de sustancias afectan el nivel actual de funcionamiento, si es apropiado

Do you have a history of involvement with the legal system?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Tiene un historial de involucramiento con el sistema legal?

Medication Information / Información de Medicamentos

List currently medication and list of symptoms they are treating:
Lista de medicamentos actuales y síntomas que están tratando

Medication <i>Medicamento</i>	Prescribed for <i>Prescrito para</i>	Date Prescribed <i>Fecha de Prescripción</i>	Prescribed by <i>Prescrito por</i>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

Current Allergies: _____
Alergias Actuales

Current Medical Conditions: _____
Enfermedades Médicas Actuales

Risk Assessment / Evaluación de Riesgo

Have you ever had thoughts, made statements, or attempted to hurt yourself?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Alguna vez ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o intentado lastimarte?

Have you ever had thoughts, made statement, or attempted to hurt someone else?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Alguna vez ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o intentado lastimar a alguien más?

Have you recently been physically hurt or threatened by someone else?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Recientemente ha sido lastimado/a o amenazado/a físicamente por otra persona?

Have you had significant losses within the last two years, or experiences of adverse reactions to losses over lifetime?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Ha tenido pérdidas significativas en los últimos dos años o experiencias adversas de pérdidas a lo largo de su vida?

Do you have current or past difficulties with anger management?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Tiene dificultades actuales o pasadas con el manejo de la ira?

Have you ever been destructive to property?: ☐ Yes / *Si* ☐ No
¿Alguna vez ha sido destructivo/a con propiedad?

