



ORLANDO HEALTH

1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

OH NEUROPSYCHOLOGY CONSULTANTS • ADULT NEUROPSYCHOLOGICAL HISTORY
32 W. GORE ST., 5TH FLOOR, ORLANDO, FL 32806 • TEL: 321.841.3820 • FAX: 321.843.6836

ROBERT E. COHEN, PSYD, CLINICAL DIRECTOR ELIZABETH MORGAN, PHD KAREN MIKOLIC, PHD-
KENIA RODRIGUEZ-SPENGLER, PSYD MARIA M. COIRO, PHD

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección domiciliaria _____ Teléfono (Casa) _____
_____ ((Trabajo) _____

Idioma principal _____ Idioma secundario _____

Educación/Grado _____ Título de trabajo actual _____

Mano que usa para escribir: Mano derecha _____ Mano izquierda _____ (por favor marque una)

Pie que usa para patear: Pie derecho _____ pie izquierdo _____ (por favor marque uno)

¿Quién le refirió a esta evaluación? _____

Describe brevemente el problema / diagnóstico que le trae por aquí _____

¿Tiene alguna pregunta específica que quisiera que se responda con esta evaluación?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

¿Tiene usted una discapacidad médica o está solicitando beneficios por discapacidad médica? Sí__ No __

¿Se usará esta evaluación en algún litigio en curso o pendiente? Sí__ No __

¿Ha tenido una evaluación neuropsicológica previamente? Sí__ No __

Si la respuesta es sí, complete esta sección. Nombre del psicólogo: _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Fecha y razón de la evaluación: _____

Resultados de la evaluación _____

Lista de medicamentos que toma actualmente (de venta libre, bajo receta y suplementos). Adjunta una página adicional si es necesario.

Medicamentos	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Este formulario ha sido completado por: _____

Si no fue completado por el paciente, por favor proporcione la siguiente información:

Relación con el paciente _____

Número de teléfono donde se le puede contactar si fuese necesario: _____



PREGUNTAS SOBRE SÍNTOMAS

Por favor marque cada síntoma que corresponda actualmente. Se le hablará más sobre ellos en su cita.

Solución de problemas

- Me toma más tiempo encontrar la manera de hacer cosas nuevas
- Dificultad en planificar el futuro
- Dificultad para solucionar problemas que la mayoría de personas puede solucionar
- Razonamiento lento
- Dificultad para hacer las cosas en el orden apropiado
- Dificultad para describir verbalmente los pasos necesarios para hacer algo.
- Me toma más tiempo completar una actividad
- Dificultad para hacer más de una cosa a la vez
- Dificultad para cambiar de una actividad a otra

Aptitudes del habla, lenguaje, y matemáticas

- Dificultad para encontrar la palabra que quiere decir
- Dificultad para entender lo que los demás dicen
- Dificultad para hablar
- Dificultad para mantener una idea
- Dificultad para escribir letras o palabras (que no se debe a problemas motrices)
- Dificultad para la pronunciación
- Hablo usando sonidos raros o inusuales
- Dificultad con las matemáticas (por ejemplo, sacar el balance de una chequera, dar cambio, etc.)
- Dificultad para entender lo que lee

Aptitudes no verbales

- Dificultad en distinguir la derecha de la izquierda
- Dificultad para hacer cosas que debería poder hacer automáticamente (por ejemplo, lavarse los dientes)
- Dificultad para dibujar o copiar
- Dificultad para orientarme en lugares en los que he estado antes
- Dificultad para reconocer objetos o personas
- Sensación de que algunas partes de mi cuerpo no me pertenecen
- No estoy consciente de las cosas en un lado de mi cuerpo. Lado derecho ____ Lado izquierdo ____
- Disminución de mis aptitudes musicales
- Tiempo de reacción lento

Concentración y percepción

- Pierdo el hilo de pensamientos fácilmente/mi mente se pone en blanco
- Dificultad para concentrarme
- Me confundo o desoriento fácilmente
- No puedo llevar la cuenta del tiempo (por ejemplo, hora del día, estación, año)
- Pérdida del conocimiento (desmayo)
- Aura (sensaciones extrañas)



Memoria

- Me olvido de donde dejo las cosas (llaves, guantes, etc.)
- Olvido nombres
- Olvido dónde estoy o adónde voy
- Olvido cosas que pasaron recientemente (por ejemplo, mi última comida)
- Olvido eventos que pasaron hace mucho tiempo
- Confío más en apuntes o en pistas para recordar las cosas
- Olvido el orden de las cosas (por ejemplo, cuando cocino)
- Olvido hechos, pero puedo recordar cómo hacer las cosas
- Olvido cómo hacer las cosas pero puedo recordar hechos
- Con frecuencia olvido las cosas que tengo que hacer, como mis citas

Motricidad y coordinación

Marque el lado en el que se produce este síntoma:

	Derecho	Izquierdo	Ambos
<input type="checkbox"/> Problemas motrices finos (dificultad para usar un lápiz, una llave, etc.)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Debilidad en un lado de mi cuerpo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dejar caer las cosas	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tembladera o inestabilidad	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tics o espasmos musculares, o movimientos extraños	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Caligrafía más pequeña/más grande que antes	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Camino más lentamente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sensación de rigidez	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a moverme	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Los músculos se me cansan rápidamente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Torpeza/con frecuencia me tropiezo con las cosas	_____	_____	_____

Problemas sensoriales

Marque el lado en el que se produce este síntoma:

	Derecho	Izquierdo	Ambos
<input type="checkbox"/> Pérdida de sensación o entumecimiento	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hormigueo o sensaciones extrañas de la piel	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para diferenciar si algo está frío o caliente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista en un lado	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Vista borrosa o doble	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Puntos blancos en la vista	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Veo cosas que otros no ven	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Periodos breves de ceguera	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Veo "estrellas" o destellos de luz	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para ver las cosas	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de audición	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tengo un zumbido en los oídos o escucho sonidos extraños	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para oler o degustar	_____	_____	_____



Problemas físicos

- Dolor de cabeza
- Mareo
- Falta de equilibrio
- Caídas
- Nausea o vómitos
- Necesito ir al baño con más frecuencia
- Estreñimiento
- Incontinencia urinaria
- Pérdida del control intestinal
- Cansancio excesivo
- Otros dolores

Estado de ánimo / comportamiento (Marque todas las que le correspondan en los últimos 6 meses.)

Si presenta este síntoma, ¿qué tan problemático ha sido?

	Leve	Moderado	Severo
<input type="checkbox"/> Tristeza o depresión	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ansiedad o nerviosismo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Estrés	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir (con quedarme dormido _____ con mantenerme dormido _____)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Me enojo con más facilidad	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Me frustró con facilidad	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Euforia (sensación de intensa alegría)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Mucho más sensible (p. ej. lloro con más facilidad)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sensación de que nada me importa	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Menos inhibido (hago/digo cosas que jamás hubiera hecho/dicho)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dificultad para la espontaneidad	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cambio en mis hábitos alimenticios	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cambio en mi interés en el sexo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cambio de personalidad	_____	_____	_____

En general ¿cuando comenzaron sus síntomas? _____

En general, mis síntomas se desarrollaron: _____ lenta/gradualmente _____ rápida/repentinamente

Con el tiempo, mis síntomas :

_____ se han mantenido igual _____ parecen ir y venir

_____ han empeorado gradualmente _____ de pronto empeoraron

_____ han mejorado

En resumen:

_____ Definitivamente algo anda mal conmigo

_____ Posiblemente algo ande mal conmigo

_____ No hay nada malo conmigo



ORLANDO HEALTH

1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

HISTORIA PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA

PROVEEDOR DE TRATAMIENTO PASADO/ACTUAL _____

¿Tiene historia de hospitalización(es) psiquiátrica(s)? ____ Si es así, ¿cuándo? ____ ¿durante cuánto tiempo? ____

¿Tiene un diagnóstico psiquiátrico/psicológico? ____ Si es así ¿cuál? _____

¿Está recibiendo tratamiento o ha recibido tratamiento para este trastorno? ____ medicamento ____ terapia ____

Por favor indique el/los medicamento(s) que toma _____

¿Alguna vez se trató de suicidar? ____ Si es así, ¿cuántas veces? _____

¿Tiene historia de alucinaciones visuales o auditivas o de pensamientos raros/extravagantes? _____

¿Tiene historia de comportamiento obsesivo o compulsivo? _____

¿Tiene historia de comportamiento adictivo? (¿comida, sexo, drogas, otro?) _____

¿Tiene otros problemas psiquiátricos que no haya mencionado aún _____

HISTORIA MÉDICA Y DEL DESARROLLO

(COMPLETE TODO LO QUE PUEDA EN ESTA SECCIÓN)

Historia médica de adulto (por favor marque las que correspondan ahora o en el pasado)

SIDA, CRS o VIH+

Alergias

Enfermedad de Alzheimer

Arterioesclerosis (enfermedad de las arterias)

Artritis

Enfermedad o infección cerebral

Cáncer o quimioterapia

Accidente cerebrovascular, derrame cerebral o AIT

Demencia

Exposición a químicos peligrosos

Infarto

Enfermedad del corazón

Enfermedad de Huntington

Cualquier otro problema médico: _____

Enfermedad renal

Enfermedad hepática

Enfermedad pulmonar (respiratoria), como EPOC

Meningitis

Esclerosis múltiple

Enfermedad de Parkinson

Polio

Problemas psiquiátricos

Exposición o terapia de radiación

Convulsiones / Epilepsia (Tipo) _____

Enfermedad de la tiroides

Enfermedad venérea

Por favor indique todas las hospitalizaciones/cirugías que haya tenido y fecha si es posible: (adjunte una hoja adicional si es necesario)

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____



ORLANDO HEALTH

1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806



¿Alguna vez ha tenido una lesión o golpe a la cabeza (con o sin pérdida de la conciencia)? Sí ____ No ____
En caso afirmativo, explique las circunstancias y cualquier problema que haya tenido después _____

¿Alguna vez ha estado expuesto a sustancias tóxicas, peligrosas, nocivas o inusuales (p. ej., plomo, mercurio, radiación, solventes, pesticidas, químicos, etc.)? Explicar si la respuesta es sí: _____

Historia infantil

Usted nació: _____ A término _____ Prematuramente _____ Tarde Peso al nacer _____ lbs ____ oz

Cualquier problema asociado con su nacimiento (p. ej. privación de oxígeno, posición inusual al nacer) o en el periodo inmediatamente después (p. ej. ¿necesitó oxígeno, usó equipo especial, tuvo convulsiones, alguna enfermedad?) Explicar si la respuesta es sí.

Califique su desarrollo, si lo sabe, marcando una descripción para cada área:

	Temprano	Promedio	Tarde
Caminar	_____	_____	_____
Hablar	_____	_____	_____
Ir al baño	_____	_____	_____
Desarrollo general	_____	_____	_____

Historia médica infantil (marque todas las que corresponden)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Resfríos frecuentes | <input type="checkbox"/> Rigidez o debilidad muscular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuente | <input type="checkbox"/> Privación de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Lesión de la cabeza | <input type="checkbox"/> Pneumonía |
| <input type="checkbox"/> Infección o enfermedad cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de la audición | <input type="checkbox"/> Envenenamiento |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad del sistema inmune | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno del aprendizaje | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares (respiratorios) | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Fiebre (104°F o más) | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Exposición al plomo u otras toxinas | _____ | |

Cuándo era niño, ¿tuvo algún accidente que haya requerido una visita al hospital? Sí ____ No ____

Describir si la respuesta es sí: _____



Por favor indique cualquier medicamento que haya recibido con regularidad de niño:

Medicamento: Razón por la que tomó el medicamento:

Four sets of horizontal lines for medication and reason.

HISTORIA FAMILIAR

Madre

¿Aún vive? Sí No Si falleció, ¿a qué edad murió y a causa de qué?

Nivel de educación de la madre: Ocupación de la madre:

Padre

¿Aún vive? Sí No Si falleció, ¿a qué edad murió y a causa de qué?

Nivel de educación del padre: : Ocupación del padre:

¿Cuántos hermanos tiene? hermanos edad(es)

hermanas edad(es)

¿Cuántos hijos tiene? niños edad(es)

niñas edad(es)

Por favor marque cualquier condición que hayan tenido sus familiares biológicos (padres, madres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tías y tíos), anote quién fue y describa el problema si es necesario.

Diagnóstico

¿Quién?

Table with 2 columns: Diagnóstico and ¿Quién?, listing various medical conditions and family members.



HISTORIA PERSONAL

Estado civil

Estado civil actual: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separado _____

Años de matrimonio con su pareja actual _____ No está casado pero vive con alguien Sí _____ No _____

Número de matrimonios _____

Nombre de su cónyuge _____ Ocupación de su cónyuge _____

Edad de su cónyuge _____ Estado médico de su cónyuge: Excelente _____ Bueno _____ Malo _____

Educación

Título o diploma más alto que recibió _____

¿Cómo describiría su desempeño normal como alumno?

- _____ A & B _____ C & D
- _____ B & C _____ D & F

Por favor proporcione cualquier comentario adicional sobre su desempeño académico (por ejemplo, clases avanzadas, clases para alumnos superdotados, graduación temprana, etc.) _____

¿Cuál fue su mejor asignatura(s)? _____

¿Cuál fue la asignatura(s) más difícil? _____

¿Repitió algún grado? En caso afirmativo, qué grado _____ Razón _____

¿Estuvo alguna vez en clases de educación especial o de recuperación? o ¿recibió servicios especiales? En caso afirmativo, indique qué grado _____ o edad(es) _____ y qué asignatura/clase _____

Historia laboral

Puesto de trabajo actual o más reciente (si está jubilado): _____

¿Cuánto tiempo ha hecho/hizo este trabajo? _____

Responsabilidades principales del trabajo: _____

Trabajos previos (el más reciente primero): _____

Historia militar

Cuerpo del ejército: _____ Rango al recibir baja: _____ Tipo de baja: _____

Deberes militares principales: _____



ORLANDO HEALTH

1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

Actividades de ocio

Describa brevemente el tipo de actividades (deportes, televisión, juegos, pasatiempos, etc.) que disfruta:

HISTORIA DE USO DE SUSTANCIAS

Alcohol

Comencé a beber a la edad de: Menos de 10 años ____ 10-15 ____ 16-18 ____ 19-21 ____ más de 21 ____

Bebo alcohol: Casi nunca o nunca ____ 1-2 días a la semana ____ 3 -5 días a la semana ____ Diariamente ____

Solía beber pero lo dejé: _____ Fecha en que dejó de beber: _____

Bebidas preferidas: _____

Número habitual de bebidas alcohólicas que bebo de una vez: _____

Bebí mi última bebida alcohólica: hace menos de 24 horas ____ hace 24-48 horas ____ hace más de 48 horas ____

Marque todas las que correspondan:

____ Puedo beber más que la mayoría de personas de mi edad y mi tamaño antes de emborracharme.

____ A veces me meto en problemas (peleas, problemas legales o laborales, accidentes, etc.) después de beber

____ A veces me desmayo después de beber.

Tabaco

¿Fuma o mastica tabaco? Sí ____ No ____ Si la respuesta es sí, cantidad por día: _____

Drogas (Por favor marque todas las drogas que usa ahora o ha usado en el pasado)

	Actualmente uso	Dependo de	Usaba en el pasado
Anfetaminas (incluyendo pastillas de dieta)	_____	_____	_____
Barbitúricos (calmante)	_____	_____	_____
Cocaína o crack	_____	_____	_____
Halucinógenos (LSD, ácido, STP, etc.)	_____	_____	_____
Inhalables	_____	_____	_____
Marihuana	_____	_____	_____
Narcóticos opiáceos (heroína, morfina, etc.)	_____	_____	_____
Fenciclidina (PCP o polvo de ángel)	_____	_____	_____
¿Cualquier otra droga?	_____	_____	_____

¿Considera que es dependiente de algún medicamento bajo receta? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, ¿cuál(es)? _____

Marque todas las que correspondan: _____ He pasado por abstinencia por dejar drogas

_____ He usado drogas intravenosas

_____ He estado en tratamiento por drogas



EXÁMENES MÉDICOS

Marque todos los exámenes médicos que se ha hecho recientemente con resultados anormales:

	Resultado normal	Resultado anormal
<input type="checkbox"/> Angiografía	_____	_____
<input type="checkbox"/> Análisis de sangre	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada (CT)	_____	_____
<input type="checkbox"/> MRI (resonancia magnética)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tomografía por emisión de positrones (PET)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Electroencefalograma (EEG)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Punción lumbar/punción raquídea	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consulta para examen neurológico	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consulta para examen médico	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ultrasonido	_____	_____

¿Cualquier otro resultado de alguna prueba reciente? _____

Identifique al médico que está más familiarizado con sus problemas recientes:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

_____ Fax _____

Fecha del último examen médico: _____

Resultados del examen médico: _____

¡GRACIAS POR TOMARSE EL TIEMPO DE COMPLETAR DETENIDAMENTE ESTE CUESTIONARIO!