



HISTORIA CLÍNICA MULTIMODAL

FECHA: _____.

Núm. Expediente: _____.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Nombre: _____.

2.- Dirección: _____.

Delegación: _____ C.P. _____.

3.- Teléfono: (casa) _____ (celular) _____ ofic. _____.

Correo electrónico _____.

4.- Edad: _____ 5.- Ocupación: _____.

6.- Sexo: _____ 7.- Por quién fue referido: _____.

8.- Estado civil (encierre en un círculo):

a) Soltero – a b) Separado – a c) Comprometido – a

d) Viudo – a e) Divorciado – a f) Casado – a

g) Unión Libre h) Se ha vuelto a casar? _____ ¿Cuántas veces? _____.

9.- Tipo de Vivienda:

a) Adecuada (Número de habitantes y servicios) SI () NO ()

b) ¿Quiénes la habitan? _____.

II.- DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:

b) Por favor, estime la severidad de su (s) problema (s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

1.- Levemente inquietante

2.- Moderadamente severo

3.- Muy severo

4.- Extremadamente severo

5.- Totalmente incapacitante

c) ¿Cuándo empezaron sus problemas? (de fechas si es posible)

d) ¿ A qué atribuye sus problemas? _____.

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas _____.

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas señalando los resultados obtenidos

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados: _____

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

a) Fecha de Nacimiento: _____.

b) Lugar de Nacimiento: _____.

c) Hermanos: Número de hermanos: _____. Edades: _____.

Número de hermanas: _____. Edades: _____.

d) Padre: ¿Vive? _____, si es así su edad es: _____.

Ocupación es: _____.

Su salud es: _____.

¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía

usted cuando su padre murió? _____.

e) Madre: ¿Vive? _____, si es así su edad es: _____.

Ocupación es: _____.

Su salud es: _____.

¿Murió? _____, si es así dé la edad de él al morir _____ ¿qué edad tenía

usted cuando su padre murió? _____.

f) Religión cuándo era niño _____ de adulto _____

Creyente/Practicante

g) Educación : ¿qué estudió, hasta qué nivel? _____.

Indique sus fuertes y debilidades académicas: _____

h) Antecedentes: subraye los términos que se apliquen a usted durante su infancia.

- | | | |
|---------------------------------|------------------|--|
| 1) Infancia feliz | 2) Mojar la cama | 3) problemas emocionales y de conducta |
| 4) problemas escolares | | 5) problemas familiares |
| 6) Fuertes creencias religiosas | | 7) Problemas médicos |
| 8) Abuso de Alcohol | | 9) Infancia infeliz |
| 11) Problemas legales | | 10) Tartamudez |
| 13) Terrores nocturnos | | 12) Abuso de drogas |
| 15) Chuparse el dedo | | 14) Comerse las uñas |
| | | 16) Temores o miedos |

i) ¿Qué clase de trabajo realiza Ud.? _____.

¿Cuántas horas al día? _____ ¿Qué clases de trabajo ha tenido anteriormente? _____

¿Está Ud. Satisfecho con su trabajo actual? _____ si contesta negativamente por favor explique _____

¿Cuál es su ingreso quincenal? _____

¿Cuánto gasta a la quincena? _____

j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? _____

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _____

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en siete modalidades: Conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores Biológicos.

IV. CONDUCTA:

a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1. Problemas del Comer | 12. Problemas de sueño |
| 2. Tomar drogas | 13. Correr riesgos |
| 3. Vomitar | 14. Flojera |
| 4. Conductas extrañas | 15. Desidia |
| 5. Beber en exceso | 16. Reacciones impulsivas |
| 6. Intentos suicidas | 17. Pérdida de Control |
| 7. Compulsiones | 18. Explosiones temperamentales |
| 8. Fumar | 19. Fobias, miedos o temores |
| 9. Aislamiento | 20. Conducta agresiva |
| 10. Tics nerviosos | 21. Llorar |
| 11. No conserva el trabajo | 22. Otros |

b) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta orgulloso-a _____

c) ¿Qué le gustaría hacer más? _____

¿Qué le gustaría hacer menos? _____

¿Qué le gustaría comenzar a hacer? _____

¿Qué le gustaría dejar de hacer? _____

d) ¿Constantemente se encuentra Usted haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? _____ Si es así diga ¿ Cuáles son? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? _____
Si es así, ¿Cuál? _____

V. SENTIMIENTOS

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Usted.

- | | | |
|---------------|-----------------|--------------|
| 1. Enojado | 5. Temeroso | 9. Aburrido |
| 2. Fastidiado | 6. Aterrorizado | 10. Contento |
| 3. Deprimido | 7. Feliz | 11. Excitado |
| 4. Ansioso | 8. Infeliz | 12. Otros: |

a) Enliste sus cinco miedos principales:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | |

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? _____

¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? _____

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? _____

¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? _____

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? _____

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado _____

f) Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir como me siento ahora, diría que: _____

- Una de las cosas por las que me siento orgulloso –a es _____

- Una de las cosas por las que me siento culpable es _____

- Me siento de lo más feliz cuando _____

- Una de las cosas que más triste me pone es _____

- Si no tuviera miedo de ser yo mismo-a yo _____

- Me enojo muchísimo cuando _____

VI. SENSACIONES FÍSICAS

a) Subraye cualquiera de las siguientes situaciones que se apliquen a usted.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Mareo | 2. Dolores de Cabeza |
| 3. Palpitaciones | 4. Espasmos Musculares |
| 5. Tensión Muscular | 6. Breves Desmayos |
| 7. Escuchar cosas | 8. Ojos llorosos |
| 9. Ruborización | 10. Problemas de la piel |
| 11. Boca seca | 12. Incapaz de relajarse |
| 13. Problemas Intestinales | 14. Hormigueo |
| 15. Entumecimiento | 16. Malestar estomacal |
| 17. Tics | 18. Fatiga |
| 19. Dolor de espalda | 20. Temblores |
| 21. Dolores de Pecho | 22. Disgusto al ser tocado |
| 23. Pérdida de la conciencia | 24. Sudoración excesiva |
| 25. Problemas visuales | 26. Problemas de audición |
| 27. Activado o con energía | 28. relajado |
| 29. Descansado | 30. Otras _____ |

b) Historia menstrual

Edad al primer período _____ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para usted? _____

¿Es usted regular? _____ fecha del último período _____

duración _____ ¿Padece de malestares? _____ ¿Cuáles? _____

_____ ¿Sus períodos afectan su estado de ánimo? _____

si es así, explique _____

c) ¿Que sensaciones físicas son especialmente placenteras? _____

_____ ¿Cuáles displacenteras? _____

c) describa cómo manifiesta

	Conductual	Corporal
-enojo	_____	_____
-alegría	_____	_____
-tristeza	_____	_____
-ansiedad	_____	_____

VII. IMÁGENES (pueden ser sueños)

a) **Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.**

1. Imágenes sexuales placenteras
2. Imágenes de infancia infeliz
3. Imágenes de desesperanza
4. Imágenes agresivas
5. Imágenes de ser lastimado
6. Imágenes no enfrentando problemas
7. Imágenes de aliento exitoso
8. Imágenes sexuales displacenteras
9. Imágenes de soledad
10. Imágenes de seducción
11. Imágenes de ser amado
12. Imágenes hiriendo a otros
13. Imágenes que va cayendo
14. Imágenes de que es atrapado
15. Imágenes en que se burlan de uno
16. Imágenes perdiendo el control
17. Imágenes de ser perseguido
18. Imágenes en que hablan de uno
19. Imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del sexo opuesto
20. Otras. _____

b) ¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia? _____

c) Describa la imagen o fantasía más placentera _____

- d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro _____

- e) Describa los sueños más frecuentes _____

- f) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? _____
 Descríbalas _____
- g) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? _____
 ¿En qué? _____

VIII. PENSAMIENTOS

- a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a usted.

- Ae : 1. Soy un don nadie
 Ae : 2. No valgo nada, sin utilidad
 D : 1. La vida es vacía
 D : 2. No hay nada que valga la pena
 D : 3. La vida es un desperdicio

b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Ac1. ambicioso | Ac2. ingenuo |
| Ac3. sin valor | Ac4. valioso |
| Ac5. perseverante | Ai6. poco atractivo (imagen corporal) |
| Ac7. lleno de penas | Ac8. no puedo hacer nada bien |
| Ac9. malo | Ac10. leal |
| D11. desesperanzado | O12. culpable |
| Ac13. confuso | Ac14. optimista |
| Ac15. considerado | O16. celoso |
| O17. sin amor | Ac18. bueno para el trabajo |
| AI19. atractivo | O20. conflictuado |
| Ac21. con problemas de memoria | AC22. confiable |
| O23. envidioso | Ac24. ideas suicidas |
| Ai. 25 feo (imagen corporal) | Ac26. inteligente |
| Ac27. loco | Ac28. con problemas para tomar decisiones |
| Ac 29. inútil | Ac30. con buen sentido del humor |
| O31. con pensamientos horribles | Ac32. honesto |
| Ac33. degenerado | Ac34. sensible |
| Ac35. con problemas de concentración | Ac36. seguro |
| Ac37. estúpido | Ac38. indeseable |
| Ac39. incompetente | Ac40. inadecuado |
| Ac41. desviado | Ac42. cometo muchos errores |

- c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca?
- d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? Si es así, por favor descríbalos
- e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar, de acuerdo a la siguiente escala**

1. Total desacuerdo



2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total acuerdo

-No debo proporcionar información personal	1	2	3	4	5
-Soy víctima de las circunstancias	1	2	3	4	5
-Mi vida está controlada por fuerzas externas	1	2	3	4	5
-No merezco ser feliz	1	2	3	4	5
-Es mi responsabilidad hacer feliz a otros	1	2	3	4	5

Expectativas:

- a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? _____
- b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? _____
- c) ¿Cómo considera que un Psicólogo debería actuar con sus pacientes? _____
- d) ¿Qué tiempo cree que debería durar una terapia psicológica? _____
- e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debería poseer? _____
- f) Complete las siguientes frases:
 - Soy una persona que _____
 - Toda mi vida _____
 - Desde que yo era niño-a _____
 - Es difícil para mí admitir que _____
 - Una de las cosas que no puedo perdonar es _____
 - Una ventaja de tener problemas es _____
 - Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es _____

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

- a) Si Ud. No se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? _____
 ¿desde qué edad? _____ ¿cuánto tiempo? _____
- b) Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) _____

- c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia Ud. (Tanto en el pasado como en el presente) _____

- d) 1) ¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? _____
 ¿ desde qué edad? _____

d 2) ¿Cuándo era niño le tocó trabajar? _____

d 3) ¿Cuándo era niño le tocó realizar el quehacer del hogar? _____
¿desde qué edad? _____

d 4) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado? _____

¿por quién? _____

e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos _____

f) ¿Fue capaz de confiar en sus padres? _____

g) ¿Sus padres lo comprendieron? _____

h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? _____

i) Si tiene padrastro o madrastra, dé edad de Ud. Cuando alguno de sus padres se volvió a casar _____

j) ¿ Existe alguien que haya interferido en sus matrimonio, ocupación etc. (padres, parientes, amigos)? _____

k) ¿ Quién es la persona más importante en su vida? _____

2. Amistades

a) ¿hace amigos fácilmente? _____, ¿conserva la amistad? _____

b) ¿Fue usted severamente importunado o fastidiado? _____

¿Cuándo u en qué circunstancias? _____

c) Describa cualquier relación que le proporcione:

- Alegría _____

- Molestia _____

d) evalúe el grado de comodidad en que generalmente se siente en situaciones sociales (Subraye alguno de los términos siguientes)

1. Muy relajado
2. Relativamente confortable
3. Relativamente incómodo
4. Muy ansioso

e) ¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, deseos a otros en forma directa y adecuada? _____

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación _____

f) ¿Tuvo muchas citas durante su adolescencia? _____

g) ¿ Tiene uno o más amigos (as) con quien se sienta cómodo (a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos más íntimos? _____

3. Matrimonio o relaciones de pareja

a) ¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos? _____

b) ¿Hace cuanto que están juntos? _____

c) ¿Qué edad tiene su pareja? _____

- d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? _____
 e) Describa la personalidad de su pareja _____

f) **Señale en qué áreas se lleva bien con su pareja, para ello encierre en un círculo el número que mejor describa el grado de incompatibilidad o compatibilidad que experimenta en este momento con su pareja, de acuerdo a la siguiente escala:**

1. incompatible
2. poco compatible
3. regularmente compatible
4. compatible
5. Muy compatible

A) RESPONSABILIDADES HOGAREÑAS	1	2	3	4	5
B) CRIANZA DE LOS NIÑOS	1	2	3	4	5
C) ACTIVIDADES SOCIALES	1	2	3	4	5
D) DINERO	1	2	3	4	5
E) COMUNICACIÓN	1	2	3	4	5
F) SEXO	1	2	3	4	5
G) PROGRESO ACADÉMICO U OCUPACIONAL	1	2	3	4	5
H) INDEPENDENCIA PERSONAL	1	2	3	4	5
I) INDEPENDENCIA DE LA PAREJA	1	2	3	4	5
J) FELICIDAD GENERAL	1	2	3	4	5

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO _____

- g) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? _____

h) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas de seres queridos? _____, si es así indique cuál _____

¿Qué edad tenía usted en el momento de la pérdida? _____

1. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de cada uno de sus padres ante el sexo:

PADRE _____

MADRE _____

b) ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? _____

c) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? _____

d) ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales? _____

e) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? _____

o ¿en relación a la masturbación? _____



si es así, por favor explíquelo _____

f) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? _____

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual ____

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora _____

2. Otras relaciones

a) ¿Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? _____
Si es así, por favor descríbalo _____

b) Complete las siguientes frases
- Una de las formas en la que la gente me lastima es _____

- Puedo fastidiar a alguien a través de _____

- Una madre debería _____

- Un padre debería _____

- Un verdadero amigo debería _____

c) Proporcione una breve descripción de Ud. Según sería descrito por:
Su pareja _____

Su mejor amigo (a) _____

Alguien que no lo quiera a Ud. _____

d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo _____

X. FACTORES BIOLÓGICOS

a) ¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud?. Por favor explíquelo _____

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico _____

c) ¿Come en forma balanceada? _____

d) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas practica? _____

e) ¿Practica alguna actividad relajante? _____

f) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? _____

g) ¿Utiliza parte de su tiempo libre exclusivamente para descansar? Si es así ¿cuántas veces al día y con qué duración? _____

h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? Si es así, explique por favor ____

i) ¿Cuántas horas de sueño tiene?

j) **Elija cualquiera e las situaciones que se apliques a Ud.. tachando en la columna correspondiente:**

	nunca	Raras veces	frecuentemente	Muy a menudo
1. marihuana				
2. tranquilizantes				
3. sedantes				
4. aspirina				
5. cocaína				
6. analgésicos				
7. alcohol				
8. café				
9. cigarros				
10. narcóticos				
11. estimulantes				
12. alucinógenos				
13. diarrea				
14. constipación				
15. alergias				
16. presión alta				
17. presión baja				
18. problemas cardiacos				
19. náuseas				
20. vómitos				
21. dolores de cabeza				
22. dolores de espalda				
23. no poderse dormir				
24. despertarse temprano				
25. despertar durante la noche				
26. problemas de piel				
27. poco apetito				
28. comer en exceso				
29. comer porquerías				

k) **Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia, ESPECIFIQUE CON UNA P SI ES POR LA LINEA PATERNA, Y CON UNA M SI ES MATERNA.**

1. Problemas de tiroides
2. problemas renales
3. asma
4. enfermedades neurológicas
5. diabetes

8. problemas gastrointestinales
9. alcoholismo
10. problemas de próstata
11. glaucoma
12. epilepsia



- 6. cáncer
- 7. problemas de presión alta o baja

- 13. dolor de cabeza
- 14. otros: _____

l) ¿Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar? Si es así, dé detalles _____

m) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivos y fechas) _____

n) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido _____

o) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0 - 5 _____

6 - 10 _____

11 - 15 _____

16 - 20 _____

20 - 25 _____

26 - 30 _____

31 - 35 _____

36 - 40 _____

41 - 45 _____

46 - 50 _____

51 - 55 _____

56 - 60 _____

61 en adelante _____



GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA