



Cabler Polygraph, LLC



River Oaks Tower
3730 Kirby Dr., 12th Floor
Houston, Texas 77098

Phone: 713-834-1174 stephen@cablerpolygraph.com Fax: 281-925-0620

INFORMACION GENERAL

FECHA ____ / ____ / ____ Axciton Sesión #: _____ No. DE CASO _____

SUBDITO _____ SEXO _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

No. DE LIC. _____ No. DE SS _____ FECHA de NAC. _____ EDAD _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CP _____

No. DE TELÉFONO _____ CORREO ELECTRONICO (para mandar el reporte de poligrafo) _____

LUGAR DE NAC. _____ ESTATURA _____ PESO _____

Examen de Polígrafo Anterior: Si No favor de explicar: _____

Lista de todos los problemas médicos actuales: _____

Alguna molestia actual: Si No (describir) _____

Esta usted embarazada: Si No Usted comió durante las últimas 24 horas: Si No

Hora que usted se fue a dormir: _____ A qué hora se despertó: _____ Como durmió: Bien Razonable Poco

Daño/Cirugía mayor durante los últimos 6 meses: Si No (lista) _____

Tiene usted problemas cardiacos: Si No Tiene usted ahora alguna enfermedad contagiosa: Si No

Tiene Ud. alta/baja presión: Si No A Ud. le dan ataques: Si No Tiene Ud. problemas para escuchar: Si No

Tiene usted dolor de espalda: Si No Tomo usted alcohol durante las últimas 24 horas: Si No

Favor de hacer una lista de todas las medicinas recetadas que usted toma actualmente: _____

Alguna droga ilegal durante las últimas 24/48 horas: Si No Hacer una lista de todas las drogas tomadas, cuanto tomo, y cuando: _____

Ha sido Ud. alguna vez paciente de un hospital mental: Si No Ha visto Ud. un psicólogo o psiquiatra: Si No

Ha sido Ud. alguna vez tratado(a) o diagnosticado(a) por: Depresión: Si No Esquizofrenia: Si No

Desorden Bipolar: Si No Desorden de Tensión/Pánico: Si No Desorden Obsesiva Incontrolable: Si No

Dependiente del Alcohol: Si No Vicio de Drogas: Si No Trastorno Alimenticio: Si No

Alguna forma de Desorden de Personalidad: Si No Desorden de Tensión Traumática Previa: Si No Fobias: Si No