

Información Del Paciente

Fecha: _____

Nombre Del Cliente: _____	Edad: _____	Fecha De Nacimiento: _____
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	Ocupación: _____
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> De las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		
# De Celular: _____	# De Casa: _____	# De Trabajo: _____
Se puede dejar un mensaje en <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo (<i>Marque todo lo que corresponda</i>)		
Domicilio: _____	Email: (Opcional) _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Nivel de educación _____		

Nombre De Madre, Padre O Tutor Legal: (<i>Si el cliente es un menor de edad</i>) _____	Relación: _____	
# De Celular: _____	# De Casa: _____	# De Trabajo: _____
Se puede dejar un mensaje en <input type="checkbox"/> Cuéllar <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo (<i>Marque todo lo que corresponda</i>)		

Cada persona que vive en la casa del paciente:					
Nombre: _____	Edad: _____	Nombre: _____	Edad: _____	Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Nombre: _____	Edad: _____	Nombre: _____	Edad: _____
Nombre: _____	Edad: _____	Nombre: _____	Edad: _____	Nombre: _____	Edad: _____

Sesión honorarios serán pagados por: <input type="checkbox"/> Cliente/Padre <input type="checkbox"/> Wraparound <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre De Contacto: (<i>Si no sea cliente</i>) _____	# De Contacto: _____
Nota: <i>Un aviso de 24 horas de cancelación es necesario para todas las sesiones programadas.</i>	

Contacto De Emergencia: _____	# De Teléfono: _____	Relación Con El Cliente: _____
--------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Confidencialidad

Toda la información que se discuta durante las sesiones es confidencial y no puede ser revelada a nadie sin su permiso por escrito, excepto cuando la revelación es requerida o permitida por la ley. Revelación puede ser requerida bajo las siguientes circunstancias: cuando haya una sospecha razonable de abuso de niños, dependientes, o ancianos; cuando hay sospecha razonable que el cliente muestra peligros de violencia hacia otros o cuando pudiera hacerse daño a sí mismo, a menos que se tomen medidas de protección. También podría ser revelada para seguir un procedimiento legal. Toda la información de identificación personal es estrictamente confidencial.

Firma Del Paciente: _____	Fecha: _____
Yo/Nosotros, el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) de el/la menor enumerado(a) anteriormente, doy/damos mi/nuestro consentimiento para la provisión de los servicios de consejería que ofrece Kathy C. Evans, PsyD, M.A., LMFT, psicóloga / terapeuta licenciada / especialista de trauma de niño, adolescente y adulto. Esta autorización estará en efecto hasta que sea cancelada por escrito por la persona(s) que han firmado.	
Firma Del Padre/Tutor Legal: _____	Fecha: _____
Firma Del Padre/Tutor Legal: _____	Fecha: _____

Cuestionario de Evaluación de Salud Mental

Si usted ha experimentado en el pasado, o actualmente experimenta alguno de los siguientes. (Marque todas las que apliquen)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tensión | <input type="checkbox"/> Falta de Esperanza | <input type="checkbox"/> Ira incontrolable | <input type="checkbox"/> Comportamientos impulsivos |
| <input type="checkbox"/> Preocuparse demasiado | <input type="checkbox"/> Falta de placer/Motivación | <input type="checkbox"/> Pensamiento Homicidas (querer hacer daño a otros) | <input type="checkbox"/> Insomne |
| <input type="checkbox"/> Temblor/Transpiración | <input type="checkbox"/> Suicida (hacer daño) | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Alta energía (sin poder estar quieto) |
| <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón | <input type="checkbox"/> No comer | <input type="checkbox"/> Pesadillas o malos sueños | <input type="checkbox"/> Hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos | <input type="checkbox"/> Atracones | <input type="checkbox"/> Escenas retrospectivas | <input type="checkbox"/> Preocupaciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración | <input type="checkbox"/> Comer en Exceso | <input type="checkbox"/> Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas) | Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fatiga (falta de energía) | <input type="checkbox"/> Purgarse | <input type="checkbox"/> Pensamientos intrusivos | |
| <input type="checkbox"/> Olvido | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | | |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | | |

Escoja las áreas afectadas por los artículos que marco arriba (Marque todas las que apliquen) Emocionalmente

- Mentalmente Físicamente Sexualmente Socialmente Matrimonio/Familia Escuela Trabajo Problemas Legales Otros: _____

Ha pasado con los siguientes abusos (Marque todo lo que aplica)

- Emocionalmente Mentalmente Físicamente Sexualmente fue testigo de abuso ha otro Ha abusado de los demás

Si marco una de las opciones anteriores responda lo siguiente: Cuando ocurrió el abuso, por cuanto tiempo y quien fue el Agresor?

Coloque un "X" en la columna que mejor se adapte a ti, por cada declaración.

Yo...	A menudo	En veces	Rara la vez
Me comunico bien con los demás			
Me llevo bien con las figures de autoridad			
Me llevo bien con mis compañeros.			
Soy capaz de establecer metas y trabajar para ellos			
Obtengo el apoyo de mi familia y/o amigos			
Estoy satisfecho(a) con mis relaciones			
Entiendo como estar a salvo en mis relaciones íntimas.			
Gusto quien soy, aun cuando los demás me rechazan			
Puedo reírme de mi mismo(a).			
Se respetarme a mí mismo(a)			
Soy feliz de ser yo			
En mi Relación Actual...	A menudo	En veces	Rara vez
Nosotros discutimos y peleamos por todo.			
Cuando estamos juntos me siento como si estuviera caminando en cascaras de huevo.			
Me siento responsable de nuestros problemas			
El alcohol y /o las drogas afectan nuestra relación.			
Me siento aislado(a) y deprimido(a).			
Me siento controlado / a por mi cónyuge / pareja.			
Tengo experiencia / he experimentado...		Si	No
Daños en las relaciones personales y/o tengo dificultades en el trabajo/escuela por mi enojo.			
Problemas Legales (por ejemplo, multas de tráfico, encarcelamiento, libertad condicional etc.).			
Lo que tengo y/o actualmente estoy o tengo...		Si	No
Problemas legales jurídicos, financieros, de salud, trabajo, escuela, familiar, de amistad, o problemas de relación a causa del alcohol y /o consumo de drogas.			
Usando alcohol y drogas para lidiar con mi vida			
Me han llamado un alcohólico(a) / o adicto(a)			
Recibiendo tratamiento para el abuso de sustancias (drogas ilegales).			
Un historial familiar de abuso de sustancias (drogas ilegales).			

Ponga una “X” en la columna que usted mejor se adapta por cada declaración.

Antecedentes de Salud Mental	No	Si	¿Por cuánto Tiempo?
¿Ha recibido tratamiento de salud mental antes?			
¿Cuándo?			
¿Cuál fue el objetivo del tratamiento?			
Nombre del terapeuta(s) anterior, dirección (es), teléfono (s)			
¿Ha pasado por pruebas psicológicas?			
¿Si es así, por quién?			
Nombre de persona administra pruebas psicológicas, dirección (es), teléfono (s)			
¿Usted ha sido hospitalizado por problemas mentales o emocionales?			
¿Cuándo y por cuánto tiempo?			
¿Por qué estaba hospitalizado?			
Nombre del tratamiento terapeuta, dirección, número de teléfono			
¿Está tomando actualmente algún medicamento de prescripción?			
¿Quién se la recito?			
¿Cuánto tiempo han estado en los medicamentos?			
¿Ha tomado algún medicamento para una condición mental o emocional?			
¿Si es hacia, cuándo y por cuánto tiempo?			
¿Usted ha intentado suicidarse? ¿Si es que si, cuando?			
Describir las circunstancias que condujeron a ese intento			
¿Actualmente tiene pensamientos suicidas? Por favor describa			
Por favor describa su infancia			

Áreas de Importancia...		
¿Qué temas o preocupaciones causa la busca en consejería / tratamiento? Por favor describa.		
¿Tiene metas específicas con respecto a su tratamiento?		
¿Tiene usted inquietudes o miedos a cerca del tratamiento?		
Historia de la Familia de origen	Si	No
Nombre de su madre, edad, si vive o si ha fallecido. Si fallecido, la edad de su madre el momento de la muerte y descripción sobre la relación con su madre.		
Nombre de su papa, edad, si vive o si ha fallecido. Si fallecido, la edad de su padre en el momento de la muerte y descripción sobre la relación con su padre.		
Nombres y edades de los hermanos		
Otra Información		
Por favor describa su orientación espiritual		
Por favor describa sus intereses / hobbies		
¿Estás o has estado involucrado en un pleito legal? ___ Por favor describa		

Historia Medica Del Paciente

Fecha: _____

Nombre de su Medico: _____ No. De Teléfono: _____

Fecha del último examen médico: _____

Prescripción de medicamentos y dosis actuales: _____

Medicamentos sin receta médica: _____

¿Usted utiliza lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

- Alcohol
 Marihuana/Hachís
 Inhalantes (Pintura/Gasolina/Productos de limpieza, etc.)
 Analgésicos (Heroína, Metadona, OxyContin, Vicodin, etc.)
 Medicamentos con receta
 Metanfetamina de cristal
 Éxtasis
 Cafeína
 Cocaína
 Feniclidina (Polvo de Ángel, PCP)
 Hongos Mágicos
 Ketamina
 Acido (LSD)
 Nicotina (Cigarrillos / Clavos de olor)
 Esteroides
 Anabólicos

Otros: _____

Psicoterapia / asesoramiento anterior: Si No Fecha: _____

(Marque todo lo que corresponda y complete la descripción):

Condición	Pasado	Presente	Descripción
Problemas del corazón			
Dificultad para respirar			
Dolor o presión en el pecho			
Alta presión			
Dolores de estomago			
Mareos o desmayos			
Diabetes			
Sangramiento anormal			
Dolores de cabeza			
Epilepsia, convulsiones o ataques			
Derrame cerebral			
Lesión(es) en la cabeza			
Dolor de espalda			
Problemas en los riñones			
Mojar la cama			
Hepatitis, ictericia o problemas hepáticos			
Embarazo			
Otras enfermedades			
Pensamientos / intentos suicidios			
Diagnóstico de enfermedad mental(es)			

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____