



DEMOGRAFÍA

Fecha ____/____/____

Nombre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Género ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Other (specify) _____

Orientación sexual ☐ Heterosexual ☐ Gay, Homosexual, Lesbiana, Bisexual ☐ Otro (especificar) _____

Tu origen étnico ☐ Hispano (si corresponde, país de origen) _____

☐ Rechazo

☐ Asiático

☐ Negro / afroamericano

☐ Nativo de Hawái / de las islas del Pacífico ☐ Caucásico

☐ Otro (especificar) _____

Formulario completado por (si es alguien que no sea el cliente) _____

Si necesita más espacio para alguna de las preguntas siguientes, utilice la ultima pagina.

RAZONES PRINCIPALES PARA BUSCAR SERVICIOS:

- ☐ Manejo de la ira ☐ Depresión ☐ Confusión mental ☐ Alcohol / drogas
☐ Ansiedad ☐ Trastorno de la alimentación ☐ "Bullying" ☐ Otras adicciones
☐ Dolor de una perdida ☐ Miedo / fobias ☐ Problemas para dormir ☐ Preocupaciones sexuales
Other mental health concerns (specify): _____

INFORMACIÓN FAMILIAR / HISTORIA PSICOSOCIAL

Nombre del miembro familiar	Edad	Viviendo		Viviendo contigo	
		Sí	No	Sí	No
Madre _____	_____	☐	☐	☐	☐
Padre _____	_____	☐	☐	☐	☐
Esposo/a _____	_____	☐	☐	☐	☐
Niños _____	_____	☐	☐	☐	☐
Niños _____	_____	☐	☐	☐	☐

Otros importantes (p. Ej.), Hermanos, hermanas, abuelos, parientes adoptivos, suegros, etc.

Relación	Nombre	Edad	Viviendo		Viviendo contigo	
			Sí	No	Sí	No
_____	_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐	☐

Estado civil:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|
| ☐ Soltero | Período de tiempo _____ | ☐ Casado | Período de tiempo _____ |
| ☐ Separado | Período de tiempo _____ | ☐ Soltero, viviendo juntos | Período de tiempo _____ |
| ☐ Viudo | Período de tiempo _____ | ☐ Divorciado | Período de tiempo _____ |
| ☐ Anulación | Período de tiempo _____ | ☐ Divorcio en proceso | Período de tiempo _____ |

Número total de matrimonios _____

Evaluación de la relación actual (si corresponde): ☐ Bueno ☐ Más or menos ☐ Malo

Información de los padres:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| ☐ Padres, casados | ☐ La madre se volvió a casar | Numero de tiempos: _____ |
| ☐ Los padres se han separado | ☐ El padre se volvió a casar | Numero de tiempos: _____ |
| ☐ Padres divorciados | | |

Circunstancias especiales (p. Ej., criado por una persona que no sean los padres, información sobre el esposo / hijos que no viven con usted, etc. _____

DESARROLLO

¿Existen circunstancias especiales, inusuales o traumáticas que afectaron su desarrollo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Historial de abuso? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿qué tipo(s)? ☐ Sexual ☐ Físico ☐ Verbal ☐ Emocional

¿Problemas de la infancia? ☐ Descuido ☐ Nutrición inadecuada Otra (especificar): _____

¿Alguna vez ha tenido alguna experiencia que haya sido tan aterradora, horrible o perturbadora que en el último mes

tuvo pesadillas al respecto o pensó en eso cuando no querían? ☐ Sí ☐ No

traté de no pensar en ello o se desviaron de su camino para evitarsituaciones que te lo recuerdan? ☐ Sí ☐ No

estabas constantemente en guardia, vigilantes o fácilmente asustados? ☐ Sí ☐ No

se sintió insensible o alejado de los demás, de las actividades o de su entorno? ☐ Sí ☐ No

CONEXIONES SOCIALES

Compruebe cómo se lleva en general con otras personas: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| ☐ Cariñoso | ☐ Agresivo | ☐ Evitante | ☐ Líder |
| ☐ Seguidor | ☐ Amistoso | ☐ Pelea / discute a menudo | ☐ Saliente |
| ☐ Timido / retraído | ☐ Sumiso | Otra (especificar): _____ | |

Disfunción sexual: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

Alguna historia actual o de haber sido un agresor sexual? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

CULTURAL / ÉTNICO

¿Tiene algún problema debido a cuestiones culturales o étnicas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa: _____

Otra información cultural/étnica: _____

EDUCACIÓN

Años de educación: _____ ¿Está inscrito actualmente en la escuela? ☐ Sí ☐ No ☐ Graduado de escuela secundaria/G.E.D.

ESPIRITUAL / RELIGIOSO

¿Qué importancia tienen para ti los asuntos espirituales? ☐ No ☐ Poco ☐ Mucho

¿Está afiliado a un grupo espiritual/religioso? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Le gustaría que sus creencias espirituales / religiosas se incorporaran a la consejería? ☐ Sí ☐ No

LEGAL

¿Está involucrado en algún caso activo (tráfico, civil, criminal?) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa e indique el tribunal y las fechas y cargos de la audiencia / juicio: _____

¿Está actualmente en libertad condicional o en libertad condicional? ☐ Sí ☐ No

EMPLEO

Comience con el trabajo más reciente, enumere el historial de trabajos:

Empleador	Fechas	Título
_____	_____	_____

Empleado actualmente: ☐ Tiempo completo ☐ Temp ☐ Despido ☐ Discapacitado ☐ Jubilado
☐ Tiempo medio ☐ Seguro social ☐ Estudiante Other: _____

MILITAR

¿Experiencia militar? ☐ Sí ☐ No

¿Experiencia de combate? ☐ Sí ☐ No

Dónde: _____ Rama: _____

Fecha de redacción: _____ Fecha de alistamiento: _____ Fecha de alta: _____

Tipo de alta: _____ Rango al alta: _____

ACTIVIDADES/RECREATIVO

Describir áreas especiales de interés o pasatiempos (p. Ej., Arte, libros, deportes, aptitud física, senderismo, actividades de la iglesia, caminar, hacer ejercicio, dieta / salud, caza, pesca, bolos, viajes, etc.)

Actividade	¿Con qué frecuencia?	¿E en el pasado?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Marque los comportamientos y síntomas que ocurren con más frecuencia de la que le gustaría:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Agresión / Ira | ☐ Trastorno de la alimentación | ☐ Cambio de humor |
| ☐ Dependencia del alcohol | ☐ Estado de ánimo elevado | ☐ Fobias / Miedos |
| ☐ Comportamiento antisocial | ☐ Fatiga | ☐ Pensamientos recurrentes / desorganizados |
| ☐ Ataques de ansiedad / pánico | ☐ Juegos de azar | ☐ Dificultades sexuales / adicción |
| ☐ Evitar a las personas | ☐ Alucinaciones | ☐ Enfermo a menudo |
| ☐ Dolor de pecho / palpitaciones del corazón | ☐ Presión arterial alta | ☐ Problemas para dormir |
| ☐ Adicción cibernética | ☐ Impulsividad | ☐ Pensamientos suicidas |
| ☐ Depresión | ☐ Irritabilidad | ☐ Temblor |
| ☐ Desorientación / Mareos | ☐ Errores de juicio | ☐ Preocupación / desesperanza |
| ☐ Distractibilidad | ☐ Soledad / retraimiento | ☐ Otro (especificar) |
| ☐ Dependencia de drogas | ☐ Deterioro de la memoria | _____ |

Analice brevemente cómo los síntomas anteriores afectan su capacidad para funcionar con eficacia:

Cualquier información adicional que nos ayude a comprender sus inquietudes o problemas:

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

¿Te sientes suicida en este momento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explicar:

CONSEJERÍA / HISTORIAL DE TRATAMIENTOS PREVIOS

Información sobre el cliente (pasado y presente):

	Sí	No	Cuándo	Dónde
Consejería / Psiquiatría	☐	☐		
Su reacción a la experiencia general				
Pensamientos/intentos suicidas	☐	☐		
Su reacción a la experiencia general				
Hospitalizaciones	☐	☐		
Su reacción a la experiencia general				
Tratamiento de drogas/alcohol	☐	☐		
Su reacción a la experiencia general				
Participación en grupos de autoayuda (p. ej., AA, NA, OA)	☐	☐		
Su reacción a la experiencia general				

Información sobre la familia / otras personas importantes (pasadas y presentes):

	Sí	No	Cuándo	Dónde
Consejería / Psiquiatría	☐	☐		
Pensamientos/intentos suicidas	☐	☐		
Tratamiento de drogas/alcohol	☐	☐		
Hospitalizaciones	☐	☐		
Participación en grupos de autoayuda (p. ej., AA,NA, OA)	☐	☐		

HISTORIA DE USO QUÍMICO

- ¿Tiene alguna sustancia o consumo de alcohol actual / histórico? ☐ Sí ☐ No Si afirmativo:
- ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o sustancias? ☐ Sí ☐ No
- ¿Te ha molestado la gente al criticar tu consumo de alcohol o sustancias? ☐ Sí ☐ No
- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o sustancias? ☐ Sí ☐ No
- ¿Alguna vez ha consumido alcohol o sustancias a primera hora de la mañana para calmar los nervios o deshacerse de la resaca? ☐ Sí ☐ No
- ¿Fuma, vaporiza, cigarrillo electrónico, o mastica? ☐ Sí ☐ No
- ¿Usa analgésicos? ☐ Sí ☐ No

Please indicate below which substances you have used (if any):

- | | | | | |
|---|-------|---------------------------|---|----------------------|
| ☐ Alcohol | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Marijuana | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Cocaína/crack | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Metanfetamina | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Heroína | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Otros opiáceos | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Sintéticos | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Inhalantes | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Benzos | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Alucinógenos | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Sin receta | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Otra: _____ | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |
| ☐ Nicotina | _____ | Edad del primer uso _____ | # de días usados en los últimos 30 días _____ | Cantidad usada _____ |

¿Hay antecedentes de uso de drogas inyectables? ☐ Sí ☐ No

Cuál es la fecha de su uso más actual: ____/____/____ Sustancia _____

Cantidad _____ Método de uso _____ Frecuencia de uso _____

¿Su uso afecta a su familia y / o amigos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

¿Usa alcohol o sustancias para hacer frente a problemas de salud mental u otros factores estresantes? ☐ Sí ☐ No

¿Ha aumentado su consumo de alcohol o sustancias en los últimos seis meses? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien en su familia tiene consumo actual / histórico de alcohol o sustancias? ☐ Sí ☐ No

Miembro de la familia: _____ Sustancia/Alcohol _____ Actual/histórico _____

¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia, ha tenido una reacción adversa o ha tenido una sobredosis de alcohol o sustancias? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo: ☐ Abstinencia ☐ Reacción adversa ☐ Sobredosis

Describa: _____

¿Cree que su consumo de alcohol o sustancias ha creado problemas en su vida, trabajo y / o relaciones?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describa: _____

[illegible]

Por favor complete, imprima y traiga a su cita.