

INTAKE FORM

Por favor proporcione la siguiente información y conteste las siguientes preguntas. Por favor, tenga en cuenta: La información que usted proporcione aquí es protegida como confidencial.

Nombre: _____

(Apellido)

(Nombre)

(Inicial)

Nombre del padre / tutor (si es menor de 18 años):

(Apellido)

(Nombre)

(Inicial)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: _____

Estado civil:

Soltero/a

Pareja Doméstica

Casado

Separados

Divorciados

Vludo

Por favor, enumere todos los niños / edad: _____

Dirección: _____

(Calle y número)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

Teléfono de casa: (_____) _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Celular / Otro Teléfono: (_____) _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

E-mail: _____

Podemos enviarle correo electrónico? Sí No

*Nota: Correspondencia por correo electrónico no se considera como un medio de comunicación confidencial.

Referido por (en su caso): _____

¿Ha recibido anteriormente ningún tipo de servicios de salud mental (psicoterapia, psiquiatría servicios, etc)?

No

Sí, terapeuta anterior / practicante: _____

¿Está tomando algún medicamento recetado?

Sí No

Por favor anote medicamentos: _____

¿Alguna vez se le ha recetado medicación psiquiátrica?

Sí

No

Por favor anotar y proporcionar fechas: _____

INFORMACIÓN GENERAL DE LA SALUD FISICA Y MENTAL

1. ¿Cómo calificaría su salud física actual? (Por favor marque)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy Bueno

Por favor escriba problema de salud específico que está experimentando actualmente:

2. ¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales? (Por favor marque)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy Bueno

Por favor escriba problema de sueño específicos que está experimentando actualmente:

3. ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio en general? _____

Qué tipo de ejercicio usted participa? _____

4. Por favor escriba dificultad que experimenta con el apetito ó los hábitos alimenticios:

5. ¿Está usted actualmente experimentando tristeza abrumadora, dolor ó depression?

No

Sí

En caso afirmativo, por cuánto tiempo aproximadamente?

6. ¿Está usted actualmente experimentando ansiedad, ataques de pánico, ó tiene alguna fobia?

No

Sí

En caso afirmativo, cuándo comenzó, experimentó esto? _____

7. ¿Está experimentando algún dolor crónico?

No

Sí

En caso afirmativo, por favor describa: _____

8. ¿Bebe alcohol más de una vez a la semana? No Sí

9. ¿Con qué frecuencia se involucra con el uso de drogas?

Diario Semanal Mensual Con poca frecuencia Nunca

10. ¿Está usted en una relación romántica? No Sí

Si es así, por cuánto tiempo? _____

En una escala de 1-10, cómo calificaría su relación? _____

11. ¿Qué cambios importantes en su vida ó acontecimientos estresantes ha experimentado recientemente: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD MENTAL:

En la sección a continuación, identificar si hay una historia familia a lo siguientes. En caso afirmativo, por favor indique el parentesco del familiar de usted en el espacio (padre, abuela, tío, etc.)

Por favor enumere / circule Miembro de la Familia

Alcohol / Abuso de Substancias	sí / no
Ansiedad	sí / no
La depression	sí / no
Violencia Doméstica	sí / no
Trastornos de la alimentación	sí / no
La obesidad	sí / no
Comportamiento Obsesivo Compulsivo	sí / no
La esquizofrenia	sí / no
Los intentos de suicidio	sí / no

INFORMACIÓN ADICIONAL:

1. ¿Está trabajando actualmente? No Sí ¿Dónde? _____

En caso afirmativo, ¿cuál es su situación laboral actual?

¿Le gusta tu trabajo? ¿Hay algo estresante de su trabajo actual?

2. ¿Usted se considera ser espiritual ó religiosa/o? No Sí

En caso afirmativo, describa su fé ó creencia:

3. ¿Qué considera usted que son algunos de sus puntos fuertes?

4. ¿Cuáles considera que son algunas de sus debilidades?

5. ¿Qué le gustaría lograr de su tiempo en la terapia?

Firma del Cliente (Cliente Padres/ Tutor si es menor de 18)

Fecha de hoy