

¿Distrita su trabajo, en su trabajo, ahí algo que causa alta tensión.

2. ¿Usted considera que es una persona espiritual o religiosa. No SI

SI su respuesta fue sí, escriba su fe o creencias.

3. ¿Que considera que son sus calidades mas fuertes.

4. ¿Que considera que son sus retos.

5. ¿Que usted quiere realizar en la primera visita de terapia.

6. ?Siente que usted tiene ansiedad, ataques de panico o que tiene fobias

- No
 Si

Si su respuesta fue si, puede estimar cuando empezo ha sentir esto: _____

7. ?Usted actualmente siente dolor cronico

- No
 Si

Si su respuesta fue si, puede describir el dolor: _____

8. ?Toma usted alcohol mas de una vez por semana: No Si

9. ?Con cuanta frecuencia usa drogas recreativas. diariamente semanal Mensual
Con Poca Frecuencia Nunca

10. ?Esta usted en una relacion romantica. No Si

Si su respuesta fue si, por cuanto tiempo. _____

En una escala de 1-10, clasifique con un numero su relacion. _____

11. ?Que cambios significantes o eventos llenos de tension usted ha pasado en su vida recientemente: _____

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD MENTAL

Lea la siguiente seccion marque si alguien en su familia tiene o tenia alguno de los siguiente(s). por favor escriba cual familiar sufre de estos, (Escriba Padre, Abuela, Tio, etc.)

	Por Favor Eliga	Escriba Cual Familiar
Abuso de Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si/No	
Depresion	<input type="checkbox"/> Si/No	
Violencia Domestica	<input type="checkbox"/> Si/No	
Trastornos de La Alimentacion	<input type="checkbox"/> Si/No	
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si/No	
Comportamiento Obsesivo Compulsivo	<input type="checkbox"/> Si/No	
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Si/No	
Intentos de Suicidio	<input type="checkbox"/> Si/No	

INFORMACION ADICIONAL:

1. ?Usted trabaja No Si

Si su respuesta fue si, escriba la actual situacion de empleo:

? Esta actualmente usando alguna medicina prescrita por un doctor

- Si
- No

Por favor escriba los nombres de las medicinas: _____

? Le han prescrito medicinas Psiquiatricas previamente

- Si
- No

Por favor escriba los nombres de las medicinas y cuando fueron resetadas: _____

INFORMACION DE SALUD JENERAL Y SALUD MENTAL

1. ? Clasifique su actual salud fisica (circule la respuesta)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bien Muy Bien

Escriba sus problemas especificos que tiene actualmente:

2. ? Como clasificaria sus actuales habitos de dormir (circule la respuesta)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bien Muy Bien

Escriba sus problemas especificos que tiene actualmente: _____

3. ? Hace ejercicios, escriba el promedio de veces por semana que hace ejercicios: _____

Que clase de ejercicio(s) hace: _____

4. Escriba sus problemas que tiene actualmente con su apetito o patron de alimentacion

5. ? Usted actualmente esta sufriendo de extrema tristeza, dolor, o depresion

- No
- Si

Si su respuesta fue si, puede estimar por cuanto tiempo: _____

FOMULARIO DE ADMISION

Por favor proveer la siguiente informacion y de respuestas ha las siguiente preguntas. Por favor tenga en mente que la informacion que usted proporciona en este documento sera protegida y se considerara confidencial.

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial de Segundo Nombre)

Nombre del Padre/ Guardian legal (si es menor de 18 anos de edad)

Nombre: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial de Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Estado Civil:

Nunca casado(a) Union Libre Casado(a) Separado(a)

Divorciado(a) Viudo(a)

Escriba los nombres y edades de sus hijos(as): _____

Direccion Residencial: _____
(Calle y Numero)

(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefono Residencial: _____ ? Podemos dejar un mensaje Si No

Telefono Mobil: _____ ? Podemos dejar un mensaje Si No

Correo Electronico: _____ ? Podemos escribirle Si No

Tenga en cuenta: La corespondencia por correos electronicos no se considera un medio confidencial de comunicacion.

Referido por (Escriba quien lo refirio) : _____

? Usted ha tenido algun servicio de salud mental anterior (Psicoterapia, Servicio Psiquiatrico, ect.)

No

Si, Terapeuta previo/Facultativo: _____