

FORMULARIO DE INGRESO PARA CONSEJERÍA

1. Por favor ingrese su información

Nombre:	Iniciales Segundo Nombre:	Apellidos	Fecha de Nacimiento
_____ _____ _____		_____	_____
Genero: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Numero de Seguro Social: _____		
Dirección:	Apt./Unidad #:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
_____	_____	_____	_____
Teléfono Móvil:	Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo:	
_____	_____	_____	
Correo Electrónico:	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono Móvil: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico		
_____	_____		
¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleador: _____		
Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro:	Si otro idioma por favor especifique _____		
Raza (Por favor marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro:	Si otra raza por favor especifique _____		
_____	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino(a)		
¿Cómo se enteró de esta oficina?	¿Quién lo refirió? _____		

2. Información de Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto de Emergencia:	Relación
_____	_____
Dirección:	Apt/Unidad #:
_____	_____
Número de Teléfono:	Número de Teléfono Alternativo
_____	_____

3. Por favor liste todos los individuos/agencias con los que tenemos su permiso para hablar con respecto a la continuidad de cuidado asociada con el cliente.

4. Médico de Familia:

Número de Teléfono:

5.

6. ¿Tiene seguro médico?

Sí

No

7. Seguro primario

Compañía de Seguro Primario

Número de Miembro /# de Poliza

Número de Grupo

Relación del Cliente con el Asegurado

Yo Mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro

Nombre del Asegurado

Teléfono del Asegurado

Fecha de Nacimiento

Género

Femenino Masculino

Dirección del Asegurado

Ciudad del Asegurado

Estado del Asegurado

Código Postal

¿Tiene seguro secundario?

Sí No

8. Seguro Secundario

Compañía de Seguro Secundario

de Miembro / # de Póliza

de Grupo

Relación del Cliente con el Asegurado

Yo Mismo /a Cónyuge Hijo /a Otro

Nombre del Asegurado

Teléfono del Asegurado

Fecha de Nacimiento

Genero

Femenino Masculino

Dirección del Asegurado

Ciudad del Asegurado

Estado del Asegurado

Código Postal

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi reclamo y el pago de beneficios.

Firma

Fecha

9. ¿Qué preocupación lo trae hoy aquí?

10. ¿Cuánto tiempo ha tenido este problema?

¿Ha intentado algo para manejar este problema?

¿Qué tan grave es este problema?

¿Está este problema afectando su vida familiar, trabajo o sueño?

Sí No

Si es así, por favor explique:

11. ¿Ha tenido algún evento estresante reciente o cambios significativos en su vida? (por ejemplo, muerte reciente, divorcio, pérdida de empleo)

12. ¿Qué metas tiene para esta sesión?

13. ¿Cuál es su mayor fortaleza?

14. ¿Cuanto Desea el Tratamiento?

- Alguien me obligó a buscar consejería. Dudo que la consejería pueda ayudar o no creo que necesite ayuda.
- Soy reacio a recibir consejería. No estoy seguro si hay algo que pueda cambiar en mi vida, sin embargo, estoy dispuesto a hablar con alguien.
- Estoy preparado para recibir consejería. Todavía tengo algunas dudas, pero hay cosas que me gustaría cambiar en mi vida.
- Estoy activamente haciendo cosas para hacer cambios en mi vida. He estado en consejería antes y quiero continuar o estoy buscando apoyo adicional.

HISTORIA MÉDICA Y DE SALUD

15. ¿Cómo calificaría su salud física?

Excelente Buena Regular Mala

16. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones medicas?(Marque todas las que apliquen)

- Diabetes
- Enfermedad del Corazón/Accidente Cerebrovascular
- Enfermedad Hepática
- Cancer
- VIH/SIDA
- Enfermedad de la Tiroides
- Dolores de Cabeza/Migrañas
- Presión Arterial Alta
- Abuso de Sustancias

17. ¿Tiene alguna otra condición médica importante?

- Yes No

18. Si responde "si", por favor liste:

19. ¿Tiene dolor crónico?

- Yes No

20. Si responde "si", por favor explique:

21. Liste todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, hierbas o vitaminas:

	Medicina	Dosis	¿Por que la toma?
1			
2			
3			

22. ¿Tiene alguna alergia conocida?

- Yes No

23. Si es así, por favor liste cualquier alergia:

	¿A qué es alérgico/a?	Reacción
1		
2		
3		

24. ¿Fuma?

Sí

No

25. Si fuma:

Paquetes al día

Años:

26. Bebe alcohol?

Sí

No

27. Si bebe alcohol:

Tragos/Día

Años:

¿Alguna vez ha sentido la necesidad de reducir su consumo de alcohol?

Sí No

28. ¿Consume cafeína?

Sí

No

Si es así, cuantas tazas al día:

29. ¿Usa medicamentos para el dolor diariamente?

Sí

No

30. Si es así, por favor listelos:

31. ¿Usa drogas recreativas?

Sí

No

32. Si es así, por favor liste:

33. ¿Ha sido arrestado?

Sí

No

34. Si es así, por favor explique:

35. ¿Tiene alguna preocupación acerca del sueño?

Sí No

36. ¿Ha sido diagnosticado con una condición psiquiátrica?

Sí No

37. Si es así, ¿Cual?

38. ¿Ha recibido servicios de salud mental en el pasado?

Sí No

39. Si es así, por favor liste la razón del tratamiento y las fechas:

40. ¿Tiene (o ha tenido) algunos de estos síntomas

	Respuestas	Notas/Comentarios
Dificultad para dormir o mantenerse dormido/a		
Duerme muy poco o demasiado		
Triseza diaria que no desaparece		
Ataques de panico/ansiedad		
Problemas para concentrarse		
Cambios de humor frecuentes		

Le vienen pensamientos constantes desagradables		
Pensamientos desagradables que no salen de su cabeza		
Conductas repetitivas que no puedo detener		
Preocupacion constante		
Trastornos de la alimentacion/purgas		
Abuso sexual		
Abuso fisico/verbal		
Cansancio casi todos los dias		
Preguntas acerca de la identidad sexual		
Sentimientos de baja autoestima		
Comportamientos de riesgo		
Dificultad para controlar su temperamento		
Dificultad para mantener un trabajo		
Dificultad para pagar los gastos basicos		
Pensamientos acerca de matarse o lastimarse		
Intento de e matarse o lastimarse		
Escucha o ve cosas que otras personas no ven o escuchan		

HISTORIA SOCIAL

41. Esta usted?

- Casado/a
 Soltero/a
 Union de hecho
 Divorciado/a
 Viudo/a

Nombre del conyugue/pareja:

¿Tiene hijos?

Si No

¿Está satisfecho con su vida familiar?

Si No

¿Cómo calificaría su relación matrimonial/de pareja?

¿Cómo calificaría sus relaciones familiares?

¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

¿Está empleado?

Si No

Ocupacion:

¿Cómo calificaría su satisfacción laboral?

42. ¿Se ve/habla con alguien cercano más de una vez por semana?

Si No

¿Cómo calificaría su bienestar general?

43. ¿Se considera una persona espiritual?

Si

No

44. Si es así, describa su fe/práctica espiritual:

HISTORIAL PSIQUIÁTRICO FAMILIAR

45. ¿Tiene algún historial familiar (padre, hermano o hijo) de:

	Respuesta	¿Si es asi quien?
Abuso de Alcohol/Sustancias		
Ansiedad		
Depresión		
Trastorno Alimentario		
Trastorno Obsesivo-Compulsivo		
Esquizofrenia		
Suicidio		
Otro:		

Si otro, por favor especifique:

46. Foto del frente y reverso de la licencia de conducir

47. Foto del frente y reverso de la tarjeta de seguro

48. Si es necesario documentacion de custodia, adjunte los documentos aqui.