

Hope for Healthy Families Counseling Center
8788 Elk Grove Blvd, Bldg 1, Suite L
Elk Grove, California 95624
Phone (916) 686-9209 Fax (916) 686-9209

CLIENTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, provee la siguiente información para nuestros registros. Deje en blanco cualquier pregunta que prefiera no contestar. La información que usted proporcione aquí se lleva a cabo con las mismas normas de confidencialidad que ofrecemos en nuestra terapia. Por favor, rellene este formulario y llevarlo a su primer período de sesiones o venga treinta minutos antes de su cita para completar el formulario en la oficina.

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección: _____
(Calle y número)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de Casa: () ___-___-___ Podemos dejar un mensaje? Sí No
Celular / Mensaje. Teléfono: () ___-____. Podemos dejar un mensaje? Sí No

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Casado Nunca En conjunto Casado Separado Divorciado
 Viudo

Número de hijos: Niña _____(s) _____ Niño (s)

E-mail: _____ Podemos enviarle mensaje por correo electrónico? Sí No

* Tenga en cuenta que el correo electrónico no puede ser confidencial.

Referido por: _____

Está recibiendo los servicios de psiquiatría, asesoramiento profesional o psicoterapia en otra parte? Sí No

Ha tenido la psicoterapia anterior? No Si. Marco Si cual es el nombre del terapeuta anterior: _____

Está tomando medicamentos psiquiátricos prescritos (antidepresivos u otros)?
 Sí No En caso afirmativo, indique:

Si marco no, ha sido previamente tratados con algún medicamento? Sí No
En caso afirmativo, indique:

SALUD Y DE LA INFORMACIÓN SOCIAL

1. Cómo está de salud física en la actualidad? (Por favor circule)

A) Pobre. B) Bueno. C) Satisfactorio. D) Insatisfactorio.

E) Muy bueno

2. Por favor escriba cualquier persistencia de los síntomas físicos o problemas de salud (por ejemplo, dolor crónico, dolores de cabeza, hipertensión, diabetes, etc): _____

3. ¿Está teniendo problemas con sus hábitos de sueño?

No Sí

Si es así, marque los que apliquen:

Dormir muy poco Dormir demasiado Sueño de mala calidad Perturbar sueños _____ Otro

4. Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____ ¿Por cuánto tiempo?

5. Está teniendo alguna dificultad con el apetito o los hábitos alimenticios? No

Sí

Si es así, marque los que aplique:

Comer menos Comer más que antes No comer

Ha experimentado el cambio de peso significativo en los últimos 2 meses?

No Sí

6. Toma alcohol? No Sí

Con qué frecuencia? 4 o más bebidas en un período de 24 horas? _____

7. Con qué frecuencia se involucra en el uso de drogas?

Diario Semanal Mensual Rara vez Nunca

8. Ha tenido pensamientos suicidas recientemente?

Frecuentemente A veces Rara vez Nunca

Ha tenido en el pasado?

Frecuentemente A veces Rara vez Nunca

9. Está usted actualmente en una relación romántica?

No Sí

En caso afirmativo, cuánto tiempo has estado en esa relación?

En una escala del 1-10, ¿cómo calificaría usted la calidad de su relación actual? _____

10. En el último año, ha experimentado algún cambio significativos en la vida o los factores de estrés explique:

Alguna vez has experimentado alguno de los siguientes?

Estado de ánimo deprimido Extremo: No Si

Cambios de humor extremos: No Si

Habla rápido: No Si

Ansiedad extrema: No Sí

Ataques de pánico: No Si

Fobias: No Sí

Alteraciones del sueño: No Sí

Alucinaciones: No Sí

Pérdidas inexplicables de tiempo: No Sí

Lapsos de memoria inexplicables: No Sí

Alcohol / Abuso de Sustancias: No Sí

Dolores corporales frecuentes: No Sí

Trastornos de la Alimentación: No Sí

Problemas de imagen corporal: No Sí

Pensamientos homicidas: No Si

Intento de suicidio: No Sí

Comportamientos repetitivos (por ejemplo, la comprobación frecuente, lavarse las manos): No Sí

Pensamientos repetitivos (por ejemplo, obsesiones):

No Sí

INFORMACIÓN LABORAL:

Está trabajando actualmente? No Si sí, quién es su empleador actual / posición? _____

Si es así, usted es feliz en su posición actual? _____

Por favor escriba los estresores relacionados con el trabajo, en su caso:

INFORMACIÓN RELIGIOSA / ESPIRITUAL:

Se considera usted ser religioso? No Sí

* Dejar en blanco las preguntas si no desea responder.

En caso afirmativo, ¿cuál es su fe?

Usted se considera ser espiritual? No Sí

HISTORIA FAMILIAR DE SALUD MENTAL:

Alguien en su familia (ya sean familiares directos o parientes) dificultades con lo siguiente? (Marque cualquiera que se aplica y la lista de miembros de la familia, por ejemplo, hermano, padre, tío, etc): Dificultad: Miembro de la Familia:

La depresión: No Si

Trastorno Bipolar: No Si

Trastornos de ansiedad: No Si

Ataques de pánico: No Si

Esquizofrenia: No Si

Alcohol o Abuso de Sustancias: No Si

Trastornos de la alimentación: No Si

Problemas de aprendizaje: No Si

Historia de trauma: No Si

Intentos de Suicidio: No Si

OTRA INFORMACIÓN:

¿Qué considera usted que son sus fortalezas?

¿Qué es lo que más te gusta de ti mismo?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento eficaces que has aprendido?

¿Cuáles son sus metas para la terapia?

Su firma indica que recibió una copia o fue explicada la ley HIPAA:

Firma _____

Fecha _____