



Información del cliente y formulario historial

Fecha actual: _____

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____

En caso de emergencia, podemos contactar a: _____ Número de teléfono de emergencia: _____

Describa brevemente la(s) preocupación(es) que lo trae aquí hoy:

¿Ha recibido tratamiento en el pasado para este problema? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo?, ¿dónde y con quién?

Historial educacional

Grado más alto completado: _____ ¿Cómo de bien hizo académicamente? _____

Recibió usted un Diploma de escuela secundaria GED HSED Título/entrenamiento terciario:

Título: _____

Historial militar

¿Tiene usted un historial militar? Sí No En caso afirmativo, ¿En qué rama de servicio?

Años de empleo: _____ Tipo de licenciamiento militar: _____

Empleo

Empleador actual: _____ Tipo de trabajo / Título de trabajo: _____

¿Cuánto tiempo ha trabajado aquí? _____ ¿Está satisfecho con su trabajo? Sí No

¿Qué le gusta de su trabajo? _____

¿Qué le disgusta de su trabajo? _____

¿Tiene problemas/preocupaciones financieras? Sí No

¿Quisiera información sobre asesoramiento financiero? Sí No

Información doméstica: Por favor apunte los miembros de su familia y otros miembros de su hogar:

<i>Nombre</i>	<i>Género</i>	<i>Edad</i>	<i>¿Cómo son relacionados?</i>	<i>¿Vive con usted?</i>	<i>Adulto: Empleador y ocupación Niño: Escuela y grado</i>
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Historial familiar

¿Quién lo crió a usted? _____

Describe su relación con ellos: _____

Por favor apunte los nombres y las edades de los miembros de la familia de su niñez.

<i>Nombre</i>	<i>Género</i>	<i>Edad</i>	<i>Describe su relación</i>

¿Algún miembro de su familia tiene un problema con alcohol o uso de drogas? Sí No

¿Algún miembro de su familia tiene problemas de salud mental? Sí No

En caso afirmativo de lo antedicho, por favor explique:

Historial legal

¿Alguna vez ha estado en problemas con la ley? Sí No

¿Está actualmente involucrado(a) en el sistema de justicia criminal? Sí No

En caso afirmativo, por favor apunte el nombre de la infracción, la fecha y la información sobre el veredicto.

Apunte arrestos anteriores. (Incluya la fecha, la infracción y el veredicto)

Historial personal

Por favor explique cualquier consideración especial a causa de edad, género, orientación sexual, discapacidad, cultura, raza, etnicidad o religión:

Evaluación de suicidio

¿Piensa usted en lastimarse o en terminar su vida? Sí No

En caso afirmativo, ¿tiene usted un plan? Por favor explique.

¿Ha intentado suicidarse alguna vez? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique. Incluya fecha, método y cualquier tratamiento que recibió como resultado.

¿Piensa usted en lastimar o en terminar la vida de alguien más? Sí No

En caso afirmativo, ¿hacia quién? ¿Y usted tiene un plan? Por favor explique.

¿Alguna vez ha lastimado o intentado lastimar intencionalmente a otra persona? Sí No

En caso afirmativo, ¿a quién? Además, por favor explique.

Estresantes actuales- Por favor marque todos los que aplican a su situación actual:

		<i>Comentarios</i>	<i>Comentarios del terapeuta</i>
Relación / matrimonio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Familia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Escuela / trabajo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Finanzas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Aflicción a causa de la muerte de un ser amado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cambios situacionales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas sexuales	<input type="checkbox"/> Sí		

	<input type="checkbox"/> No		
Adicción al juego	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Síntomas actuales

<i>Descripción del síntoma/problema</i>	<i>(x) si es un problema actual.</i>	<i>¿Cuánto tiempo ha sido un problema? /comentarios</i>	<i>Comentarios del terapeuta</i>
Tristeza	<input type="checkbox"/>		
Irritabilidad / enojo	<input type="checkbox"/>		
Cambio de peso	<input type="checkbox"/>		
Cambio de apetito	<input type="checkbox"/>		
Cambios en patrón de sueño	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de culpabilidad	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de desespero	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de inutilidad	<input type="checkbox"/>		
Dificultad al concentrarse	<input type="checkbox"/>		
Dificultad al tomar decisiones	<input type="checkbox"/>		
Falta de interés en actividades previamente divertidas	<input type="checkbox"/>		
Libido reducida	<input type="checkbox"/>		
Cansancio, pérdida de energía	<input type="checkbox"/>		
Baja autoestima	<input type="checkbox"/>		
Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>		
Depresión	<input type="checkbox"/>		
Pensamientos de suicidio o muerte	<input type="checkbox"/>		
Pensamientos de hacerle daño a otra persona	<input type="checkbox"/>		
Mucha preocupación	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de ansiedad	<input type="checkbox"/>		
Miedo de perder el control	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de pánico	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de que estás teniendo un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>		
Adormecimiento o hormigueo	<input type="checkbox"/>		
Miedo de las situaciones sociales	<input type="checkbox"/>		

Ver o escuchar cosas que otros no ven o escuchan	<input type="checkbox"/>		
Episodios de tiempo que no recuerdas	<input type="checkbox"/>		
Pensamientos que te molestan	<input type="checkbox"/>		
Creencias con las cuales otros no están de acuerdo	<input type="checkbox"/>		
Comportamientos que te molestan	<input type="checkbox"/>		

<i>Descripción del síntoma/problema continuación</i>	<i>(x) si es un problema actual.</i>	<i>¿Cuánto tiempo ha sido un problema? /comentarios</i>	<i>Comentarios del terapeuta</i>
Dificultad al estar solo	<input type="checkbox"/>		
Dificultad en relaciones	<input type="checkbox"/>		
Comportamientos de auto lástima	<input type="checkbox"/>		
Comportamiento arriesgado o imprudente	<input type="checkbox"/>		
Sentimientos de irrealidad / estar desconectado de uno mismo	<input type="checkbox"/>		
Comportamientos repetidos (como lavarse las manos, ordenar, contar, o chequear)	<input type="checkbox"/>		
Sueños recurrentes	<input type="checkbox"/>		
<i>Flashbacks</i> después de un evento	<input type="checkbox"/>		
Períodos distintos de autoestima pomposa, gastos excesivos, actividades con orientación dirigida, o frenesí de ideas	<input type="checkbox"/>		
Dificultad persistente con inquietud, sentimientos de estar en movimiento, interrumpiendo a otros, hablando demasiado o teniendo impaciencia	<input type="checkbox"/>		
Dificultad persistente con el olvido, sosteniendo atención o completando tareas	<input type="checkbox"/>		
Menos eficaz en la casa, en la escuela o en el trabajo	<input type="checkbox"/>		

Historial de trauma

¿Ha experimentado cualquiera de lo siguiente?

Abuso emocional Sí No Abuso sexual Sí No Abuso físico Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Ha sido testigo a la agresión verbal o a una pelea física? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Ha experimentado trauma no explicado en lo antedicho? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique.

Sistema de apoyo

¿En quién confía más cuando necesita ayuda? _____

¿Algún cambio reciente a su sistema de apoyo?

Uso de alcohol/otras drogas

Por favor marque todos los que aplican.

		<i>Comentarios</i>	<i>Comentarios del terapeuta</i>
¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha tenido tratamiento por uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted usa drogas? En caso afirmativo, por favor indique qué droga(s), cantidad y la frecuencia de uso.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha pensado que bebe o usa drogas demasiado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez alguien ha expresado preocupación sobre su uso de alcohol y drogas? En caso afirmativo, indique quién y por qué.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez se ha sentido arrepentido(a) o avergonzado(a) sobre su uso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha creado infelicidad en su casa, relaciones o matrimonio su uso de alcohol y drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido dificultades legales o incidentes de tráfico como resultado de su uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha afectado el trabajo, la escuela u otros intereses/actividades su uso de alcohol y drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usted usa drogas o alcohol para relajarse, reducir tensión o para escapar de los problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido problemas de salud relacionados a su uso de alcohol y drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha experimentado desvanecimientos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Alguna vez ha tenido dificultad controlando o limitando su uso de alcohol y drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez se ha sentido distraído o ha tenido pensamientos obsesivos sobre el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Historial médico

Tiene o ha tenido cualquiera de lo siguiente:

¿Algunos comentarios?

Comentarios del terapeuta

Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Presión de sangre alta o baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Tiene o ha tenido cualquiera de lo siguiente:

¿Algunos comentarios?

Comentarios del terapeuta

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas de digestión / úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Herida de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Incontinencia / la enuresis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas con los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Enfermedad del hígado (p. ej. hepatitis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas neurológicos (p. ej. las convulsiones, epilepsia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas sexuales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas de las tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
El malparto / aborto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Embarazo actual	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás		

Por favor apunte otros problemas médicos o condiciones médicas:

Por favor apunte cualquier medicamento que está tomando actualmente. Además, indique el uso de los medicamentos. (Por favor incluya herbal, de venta libre y productos recetados)

Nombre de la prescripción (o nombre herbario):

Para:

Recetado por:

--	--	--

¿Ha tomando medicamentos psiquiátricos en el pasado? Sí No

En caso afirmativo, por favor apúntelos:

En caso afirmativo, ¿fueron eficaces?

Cuidado primario - Información sobre el doctor

Nombre del doctor: _____

Nombre del consultorio: _____ # teléfono: _____

¿Cómo calificaría usted su salud general?

Excelente Muy buena Buena No muy buena Pobre

¿Con qué frecuencia se preocupa por su salud?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Siempre

Historial de salud mental

¿Ha recibido terapia antes? Sí No

Si ha recibido terapia antes, ¿Cuándo, dónde y con quién?

¿Qué tipo de servicios de terapia recibió?

¿Ha visitado a *Family Service* antes? Sí No

Si ha visitado a *Family Service* antes, ¿cuándo, con quién y qué tipo de servicios fueron proveídos?

¿Tiene interés en recibir información sobre otros servicios y programas que *Family Service* puede proveer? Sí No

Metas de tratamiento

¿Qué cambios le gustaría ver como resultado de los servicios recibidos? Comenzando con la meta más importante, por favor indique tres metas.

1. _____

2. _____

3. _____

Por favor describa los cambios específicos en su vida que serán indicativos de que las cosas están mejorando:

¿Cuáles son algunos obstáculos que han interferido con el cambio hasta ahora, incluyendo debilidades o limitaciones personales?

Por favor describa sus fuerzas, recursos y logros, incluyendo aquellos que haya usado para superar dificultades anteriores.

Por favor pare al llegar aquí 😊

Completado por personal de Family Service
Evaluación de admisión

Problemas/ síntomas presentados:

Fuerzas y apoyo reciente del cliente

Cambios recientes al sistema de apoyo:

Evaluación de estatus mental

Apariencia	<input type="checkbox"/> apropiada	<input type="checkbox"/> arreglada	<input type="checkbox"/> inapropiada	<input type="checkbox"/> desarreglada	<input type="checkbox"/> extraña
Orientación	<input type="checkbox"/> completamente orientada	<input type="checkbox"/> no completamente orientada (describa:)		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> discapacitada
Habla	<input type="checkbox"/> pertinente	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> lógica	<input type="checkbox"/> lento	<input type="checkbox"/> incoherente
	<input type="checkbox"/> ruidoso	<input type="checkbox"/> preciso	<input type="checkbox"/> suave		<input type="checkbox"/> rápido/a presión
Afecto	<input type="checkbox"/> apropiada	<input type="checkbox"/> inapropiada	<input type="checkbox"/> sin cambio	<input type="checkbox"/> oprimido	<input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> lloroso
Proceso de pensamiento	<input type="checkbox"/> intacto	<input type="checkbox"/> abstracto	<input type="checkbox"/> asociaciones imprecisas		<input type="checkbox"/> impreciso <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> bloqueado	<input type="checkbox"/> concreto	<input type="checkbox"/> circunstancial		<input type="checkbox"/> fuga de ideas <input type="checkbox"/> tangencial
Contenido de los pensamientos	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> paranoia	<input type="checkbox"/> obsesiones	<input type="checkbox"/> otro:	
	<input type="checkbox"/> confusión	<input type="checkbox"/> delirio	<input type="checkbox"/> alucinaciones		
Inteligencia	<input type="checkbox"/> por encima del promedio		<input type="checkbox"/> promedio	<input type="checkbox"/> por debajo del promedio	
Humor	<input type="checkbox"/> apropiado	<input type="checkbox"/> triste	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> en pánico	<input type="checkbox"/> deprimido
	<input type="checkbox"/> enojado	<input type="checkbox"/> irritado	<input type="checkbox"/> eufórico	<input type="checkbox"/> desesperado	<input type="checkbox"/> aburrido
Actividad motora	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hiperactiva	<input type="checkbox"/> tranquila	<input type="checkbox"/> otro:	
	<input type="checkbox"/> agresiva	<input type="checkbox"/> compulsiva	<input type="checkbox"/> seductiva		
Actitud	<input type="checkbox"/> cooperativa	<input type="checkbox"/> poco cooperativa	<input type="checkbox"/> cautelosa	<input type="checkbox"/> sospechosa	<input type="checkbox"/> agresiva
Confiabilidad	<input type="checkbox"/> parece ser honesto		<input type="checkbox"/> parece minimizar	<input type="checkbox"/> parece exagerar	
Percepción	<input type="checkbox"/> por encima del promedio	<input type="checkbox"/> promedio	<input type="checkbox"/> limitada	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> incapaz de asesar
Juicio	<input type="checkbox"/> bueno	<input type="checkbox"/> pobre	<input type="checkbox"/> incapaz de asesar		
Amenaza a otros Pensamiento/intención	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> presente	Si presente, plan de seguridad		
Riesgo de suicida: Pensamiento/intención	<input type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> presente	Si presente, plan complete de seguridad contra el suicidio		

Información de AODA - Nota: Tratamiento de AODA requiere especialidad o un referido a un especialista de AODA

Tratamiento primario de AODA necesitado: Sí No

Cliente referido a otra localización para AODA: Nombre:

Cliente referido a un experto interno: Nombre:

Propósito de referido interno o externo:

Otros referidos

Criterio de diagnóstica (DSM-5):

Diagnos principal	
Otro	
Otro	

Factores importantes psicosociales o contextuales:

Consideraciones médicas o de discapacidad;

Conceptualización del caso:

Consultor / recomendaciones del supervisor ((aprendiz/protocolo de supervisor)

Atestación del terapeuta: *“Mi firma abajo indica que he completado la evaluación de salud mental adecuadamente para determinar que el cliente necesita tratamiento de paciente externo, y he revisado y discutido toda la información acumulada y contenida aquí con el cliente”.*

Firma del terapeuta

Fecha

Firma del supervisor (aprendiz/protocolo de supervisor)

Fecha

Fecha de dotación de personal inicial: _____

Fecha de finalización de VOCA: _____