

Gloria Sánchez-Pérez, LMFT

Historial de Niño/Adolescente

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

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

Forma llenada por (si fue llenada por alguien que no es el cliente): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono (casa): _____ (celular): _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____

Dirección (en caso que sea diferente): _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Dirección (en caso que sea diferente a la del cliente):

Estado Civil de los Padres: _____ Casados _____ Solteros (nunca casados) _____ Divorciados
_____ Unión Libre (no casados pero viven juntos)

Si necesitas más espacio para cualquier pregunta por favor usa la parte de atrás de la hoja

Motivo (s) principal para la búsqueda de servicios:

_____ Manejo de enojo _____ Ansiedad _____ Estrategias de sobrevivir
_____ Desorden Alimenticio _____ Miedos/Fobias _____ Depresión
_____ Comportamientos Negativos _____ Preocupaciones sexuales _____ Problemas para dormir
_____ Alcohol/drogas _____ Hiperactividad/problemas de atención
_____ Otras preocupaciones de salud mental (Especifique): _____

Información Familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Vive contigo	
			Si	No
Madre	_____	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Otras personas importantes (ejemplo: abuelos, Padrastros, medios hermanos). Favor de especificar el parentesco.

Vive contigo

Parentesco	Nombre	Edad	Si	No
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Desarrollo

¿Estas siendo criado por alguna persona diferente a tus padres? Si No

En caso afirmativo, por favor describe: _____

¿Hay circunstancias especiales, inusuales o traumáticas que afectaron tu desarrollo? Si No

En caso afirmativo, por favor describe: _____

¿Ha habido antecedentes de abuso infantil? Si No

¿En caso afirmativo, que tipo(s)? Sexual Físico Verbal

En caso afirmativo, el abuso era como: Víctima Agresor

Otro tipo de problemas: Negligencia Nutrición inadecuada Otro (Especifique):

Comentarios: Desarrollo Infantil: _____

Relaciones Sociales

Identifica como generalmente te relacionas con otras personas: (marque todas las que apliquen)

Cariñoso Agresivo Evitativo Pelea/Argumenta menudo Seguidor
 Amistoso Líder Extrovertido Tímido/Introvertido Sumiso
 Otro (Especifique): _____

¿Tiene alguna historia de ser un agresor sexual? Yes No

En caso afirmativo, describe: _____

Cultural/Étnico

¿A qué grupo étnico o cultural pertenece? _____

¿Estas experimentando problemas debido a cuestiones culturales o étnicos? Si No

En caso afirmativo, describe: _____

Otra información cultural/étnica: _____

Espiritual /Religioso

¿Qué tan importante es para usted los asuntos religiosos? Mucho Poco Mas o menos
 Nada

¿Está usted afiliado a algún grupo religioso o espiritual? Si No

En caso afirmativo, describe: _____

¿Está siendo criado en algún grupo religioso o espiritual? Si No

En caso afirmativo, describe: _____

¿Le gustaría que sus creencias espirituales / religiosas fueran incorporadas en la consejería?

Si No

En caso afirmativo, describe: _____

Legal

Hábitos de sueño Hábitos de alimentación Comportamientos Nivel de energía
 Nivel de actividad física Disposición General Peso Nerviosismo/tensión

Describir los cambios en las áreas en las que usted marcó anteriormente: _____

Consejería/ Antes, Historial de Tratamiento

Información sobre el cliente (pasado y presente):

	Si	No	Cuando	Donde	Su reacción general a la experiencia
Consejería/Psiquiátrico					
Tratamientos					
Pensamientos suicidas/ Intentos					
Hospitalizaciones					

¿Te sientes suicida en este momento? Si No

En caso afirmativo, explique: _____

Por favor marque en la siguiente lista los comportamientos y síntomas que se producen en usted y que quisiera poder evitar:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo elevado | <input type="checkbox"/> Fobias/Miedos |
| <input type="checkbox"/> Dependencia al alcohol | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Pensamientos recurrentes |
| <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Problemas con las apuestas | <input type="checkbox"/> Adicción Sexual |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Comportamientos Antisociales | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Evitar a las personas | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Desesperación | <input type="checkbox"/> Problemas para hablar |
| <input type="checkbox"/> Adicción al internet | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Soledad |
| <input type="checkbox"/> Desorientación | <input type="checkbox"/> Errores de juicio | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Distractibilidad | <input type="checkbox"/> Pensamientos desorganizados | <input type="checkbox"/> Abandono |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Perdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Preocupación |
| <input type="checkbox"/> Drogodependencia | <input type="checkbox"/> Cambios en el estado de ánimo | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | _____ |

¿Qué espera lograr a través de la terapia?

Firma del Terapeuta/credenciales:

Fecha:
