

Estado Civil (más de una respuesta se puede aplicar al caso)

Soltero/a Divorciado/a No casados, viviendo juntos

Cuánto tiempo: Cuánto tiempo:

Casado/a Número total de matrimonios:

Evaluación de su relación actual (si se aplica): Buena Mas o Menos Pobre

Desarrollo

¿Fue criado por otras personas que no sean sus padres? Sí No Si la respuesta es Sí, explique quién: _____

¿Existen algunas circunstancias especiales, inusuales o traumáticas que afectaron su desarrollo?

Sí No

Si respondía Sí, favor de explicar: _____

¿Hay una historia de abuso infantil? Sí No

Sí, ¿de qué tipo(s)? Sexual Física Verbal

Sí, fue: Víctima Perpetrador

Algunos otros problemas en la infancia: Negligencia Nutrición Inadecuada Otro (favor de explicar):

Comentarios sobre: desarrollo infantil: _____

Relaciones Sociales

Marque cómo se relaciona generalmente con otras personas: (marque todas las respuestas que se apliquen)

Cariñosamente Agresivo Los evita Pelea/discute frecuentemente

Los sigue Amistoso Líder Muy social Penoso/se aísla

Sumiso Otro (explique):

Orientación sexual: _____ comentarios: _____

¿Disfunción sexual? Sí No

Si respondió Sí, explique:

¿Alguna historial actual de que usted sea un perpetrador sexual? Sí No

Si respondió Sí, explique:

Cultural/Étnico

¿A qué grupo cultural o étnico pertenece? _____

¿Está usted experimentando algunos problemas debido a temas relacionados con su cultura o grupo étnico? Sí No

Si respondió Sí, explique:

Alguna otra información relacionada a su cultura o grupo étnico:

Spiritual/Religión

¿Qué tan importante es para usted las cuestiones espirituales? No lo son Un poco
 Mas o menos Muy importantes

¿Pertenece a un grupo espiritual o religioso? Sí No

Si respondió Sí, explique: _____

¿Fue criado dentro de un grupo espiritual o religioso? Sí No

Si respondió Sí, explique: _____

¿Desea que las creencias espirituales/religiosas sean incorporadas a la sesión de consejería?
 Sí No

Si respondió Sí, explique: _____

Legal

Situación Actual

¿Actualmente, está involucrado en algún caso abierto (tráfico, civil o criminal)? Sí No

Si respondió Sí, explique en qué corte y la fecha del juicio y cuáles son los cargos: _____

¿Está en libertad condicional? Sí No

Si respondió Sí, explique: _____

¿Va a utilizar el proceso de terapias en su caso de la corte? Sí No

Historial de su Pasado

Violaciones de Tráfico: Sí No DWI, DUI, etc.: Sí No

Involucrado en caso criminal: Sí No Involucrado en caso civil: Sí No

Si usted respondió Sí a alguna de las preguntas de arriba, por favor de incluir la siguiente información:

Cargos	Fecha	Dónde (ciudad)	Resultados
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Educación

Llene todas las respuestas que se aplican a su caso. Años de Educación: _____ ¿Actualmente inscrito en la escuela? Sí No

_____ Graduado de la preparatoria/Certificado de GED

_____ Vocacional: Número de años: _____ Graduación: Sí No Carrera: _____

_____ Colegio: Número de años: _____ Graduación: Sí No Carrera: _____

_____ Estudios Superiores/Posgrado: Número de años: _____ Graduación: Sí No Carrera: _____

Otro entrenamiento: _____

Circunstancias especiales (por ejemplo, discapacidad de aprendizaje, dotado): _____

Militar

¿Experiencia militar? Sí No ¿Experiencia en combate? Sí No

Pasatiempos/Recreación

Describa áreas especiales de interés como pasatiempos (ejemplo., arte, libros, manualidades, educación física, deportes, actividades al aire libre, actividades en la iglesia, caminar, ejercicio, dieta/salud, cacería, pesca, boliche, viajar, etc.)

Actividad	¿Qué tan seguido?	¿Qué tan seguido en el pasado?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Salud Médica/Física

Escriba sus problemas actuales de salud: _____

Escriba cambios recientes de salud o físicos: _____

Medicamentos actuales recetados	Dosis	Fechas	Propósito	Efectos Secundarios
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Es usted alérgico a medicamentos o drogas? ____ Sí ____ No

Sí, a cuales: _____

¿Tiene desordenes alimenticios? ____ Sí ____ No ____ No estoy seguro/a Si respondió otra cosa que no sea No, explique por favor: _____

	Fecha	Razón	Resultados
Ultimo examen medico	_____	_____	_____
Ultima visita al doctor	_____	_____	_____

Historial familiar de problemas médicos: _____

Favor de indicar si hay algún cambio reciente en lo siguiente:

____ patrón alimenticio ____ Comportamiento ____ Nivel de energía

____ Nivel de actividad física ____ Disposición general ____ Peso ____ Nerviosismo/tensión

Explique las áreas en las que indicó cambios arriba: _____

Historial de Uso de Químicos

	Método de uso & Cantidad	Frecuencia de Uso	Edad del 1 ^{er} Uso	Edad del Ultimo Uso	¿Uso en las Últimas 48 hrs?		¿Uso en 30 días?	
					S	N	S	N
Alcohol	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Barbitúrico	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Valium/Librium	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cocaína/Crack	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Heroína/Opio	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Marihuana	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PCP/LSD/Mescalina	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Inhalantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cafeína	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nicotina	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamentos sin recetas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamentos recetados	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Otras drogas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sustancias preferidas

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Preguntas sobre el Abuso de Sustancias

Describa cuándo y cómo usa de forma frecuente las sustancias: _____

Describa cualquier cambio en su forma de usarlos: _____

Describa cómo ha afectado a su familia o amistades (incluya la percepción que tienen sobre su consumo):

Razón(es) del consumo:

___ Adicto ___ Para sentir confianza ___ Escape ___ Auto-medicamentos

___ Socialización ___ Sabor ___ Otro (explique): _____

¿Cómo cree usted que su consumo de la sustancia afecta su vida?

¿Quién le ha ayudado para detener o limitar su consumo? _____

¿Alguien en su familia en un presente o en un pasado tiene o ha tenido problemas con el consumo de drogas o alcohol? ___ Sí ___ No Sí, explique: _____

¿Ha tenido síntomas de desintoxicación cuando ha tratado de parar el consumo de drogas o alcohol?

___ Sí ___ No

Sí, explique: _____

¿Ha tenido una reacción adversa o sobredosis a las drogas o al alcohol? Sí, explique: _____

¿Cambia su temperatura del cuerpo cuando toma? Sí No

Sí, explique: _____

¿Han causado las drogas o el alcohol un problema en su trabajo? Sí No

Sí, explique: _____

Consejería/Historial de Tratamiento

Información sobre el cliente (pasado y presente):

	Sí	No	Cuándo	Dónde	Su reacción a dicha experiencia
Consejería/Psiquiátrica					
Tratamiento	_____	_____	_____	_____	_____
Pensamientos Suicidas/ Intentos	_____	_____	_____	_____	_____
Tratamiento para Drogas/alcohol	_____	_____	_____	_____	_____
Hospitalizaciones	_____	_____	_____	_____	_____
Grupos de apoyo (Ejemplo, AA, Al-Anon NA, Comedores Anónimos)	_____	_____	_____	_____	_____

¿Está pensando en suicidarse en este momento? Sí No

Sí, explique: _____

Favor de marcar los comportamientos y síntomas que ocurren más seguido de lo que usted quisiera que ocurrieran:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Cambios bruscos de humor | <input type="checkbox"/> Fobias/temores |
| <input type="checkbox"/> Dependencia en Alcohol | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Pensamientos que recurren |
| <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Apuestas | <input type="checkbox"/> Adición sexual |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento antisocial | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Palpitaciones del corazón | <input type="checkbox"/> Se enferma seguido |
| <input type="checkbox"/> Evita a personas | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Sin esperanza | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Adicto a Internet | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Desorden de pensamientos |
| <input type="checkbox"/> Desorientación | <input type="checkbox"/> Errores de juicio | <input type="checkbox"/> Tiembla |
| <input type="checkbox"/> Distráido | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Mareado | <input type="checkbox"/> Falta de memoria | <input type="checkbox"/> Preocupación |
| <input type="checkbox"/> Dependencia en drogas | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ | |

Brevemente explique cuál considera que es su problema más grave:

¿Qué es lo que espera lograr a través de la terapia?

Firma de la terapeuta/credencial:

Fecha:
