



FORMULARIO DE INFORMACION DEL CLIENTE

Asunto/queja/preocupación

¿Cuál es su queja o preocupación principal?

¿Desde cuando ha estado pasando por esta situación?

¿De quien recibió consejería o ayuda para esta situación? _____

Factores que han agravado esta situación:

Factores de alivian o han mejorado la situación:

Síntomas presentes (marque todos los que le correspondan a usted)

- Ansiedad
- Problemas de apetito
- Aislamiento
- Ataques de llanto
- Depresión
- Energía excesiva
- Fatiga
- Culpabilidad
- Alucinaciones
- Impulsividad
- Irritabilidad
- Cambios de libido
- Pérdida de interés
- Ataques de pánico
- Pensamientos acelerados
- Actividades o conducta arriesgada
- Cambios de sueño o en el dormir
- Muchas sospechas
- Otro

Si es otro, por favor explique:

Historial médico

Frecuencia de ejercicio:

Tipo de ejercicio:

Alergias:

¿Qué medicamentos está
tomando?

Diagnósticos previos / tratamiento de salud mental:

Previos proveedores de salud:

Condiciones médicas de ahora:

Condiciones médicas previas:

Medicamentos anteriores:

Fechas tratadas para cada condición (pasada y en el presente):

Cirugías previas:

Historia familiar

¿Fue adoptado? ¿a qué edad?

¿Cómo es su relación con tu madre?

¿Cómo es su relación con tu padre?

Hermanos y sus edades:

¿Están sus padres casados?

¿Están divorciados sus padres? ¿Qué edad tenía usted?

¿Se volvieron a casar sus padres? ¿Qué edad tenía usted?

¿Quién lo crió? ¿Dónde
creció? _____

Condiciones médicas de miembros cercanos en su familia:

Condiciones de salud mental de miembros cercanos en su familia:

¿Fueron tratados con medicamentos? ¿Cuales
medicamentos? _____

Situación presente

Trabajo:

¿Está casado? Fecha del matrimonio:

¿Está divorciado? Fecha de divorcio:

¿Cuántas veces se ha
casado? _____

¿Cuál es su orientación sexual? _____

¿Está activo sexualmente? _____

¿Cómo esta su relación con su pareja? _____

¿Tiene hijos? ¿Cómo está su relación con sus hijos?

¿Es usted miembro de un grupo religioso o espiritual? _____

¿Alguna vez ha sido arrestado? ¿Cuándo y razones? _____

¿Alguna vez has intentado lo siguiente? (marque todo lo que le corresponda a usted)

- Alcohol
- Tabaco
- Marihuana
- Alucinógenos (LSD)
- Heroína
- Metanfetaminas
- Cocaína
- Estimulantes (pastillas)
- éxtasis

- Metadona
- Tranquilizantes
- analgésicos

En caso afirmativo, cuál ha sido la frecuencia y fechas de uso:

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de drogas o alcohol? ¿Cuándo?

¿Fumas cigarrillos? ¿Cuántos al día?

¿Toma bebidas con cafeína? ¿Cuántos al día?

¿Alguna vez abusó de medicamentos recetados? ¿Cuáles medicamentos?

Adicional

¿Algo más que desea que su terapeuta sepa sobre usted o sobre su situación?
