



LATITUDE COUNSELING, CSP

INFORMACION DEL PACIENTE

Favor de contestar todas las preguntas a continuación. La información que usted provea en esta forma es considerada confidencial y será protegida.

					Número de Seguro Social	
					Día /Mes /Año	
Apellidos	Nombre	Inicial	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	

Nombre del Padre o Guardián (si es menor o incapacitado)

					Día /Mes /Año	
Apellidos	Nombre	Inicial	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	

Dirección			Ciudad/Estado	Código Postal
-----------	--	--	---------------	---------------

Correo electrónico	¿Autoriza Latitude Counsleing a enviarme correos con información de servicios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------	--	---

Teléfono Casa	¿Podemos dejar mensajes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------	--------------------------	---

Teléfono Móvil	¿Podemos dejar mensajes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------	--------------------------	---

Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Casado/a
	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a

Nombre del esposo (si aplica) _____

Nombre y edad de los hijos/as (si aplica)

		Nombre	Edad
Nombre	Edad	Nombre	Edad

¿A quien podemos contactar en caso de una emergencia?

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Lugar Empleo/Educación del paciente

Nombre de la Compañía o Escuela que asiste	Dirección
--	-----------



¿ Cómo conoció de Latitude Counseling? _____

Referido por (si aplica): _____

Historial de Salud Mental:

¿Alguna vez ha recibido servicios de salud mental (psicólogo, psiquiatra, consejero, etc.? Sí No

¿ Dónde? (Nombre de terapeuta, doctor o clínica) _____ ¿ Cuándo?

¿ Dónde? (Nombre de terapeuta, doctor o clínica) _____ ¿Cuándo?

¿Usa algún medicamento recetado? Sí No

Nombre el medicamento y la condición por la que lo utiliza

Marque si ha experimentado alguno de estos síntomas por tiempo prolongado:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito | <input type="checkbox"/> Falta de energía |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Condición Nerviosa | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Falta de atención | <input type="checkbox"/> Luto/ Perdida |
| <input type="checkbox"/> Abuso | <input type="checkbox"/> Desorden Sexual | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas |

¿Ha tenido pensamientos suicidas? Si No ¿Cuándo? _____

Historial Familiar:

¿Vive su madre? Si No

¿Vive su padre? Sí No

Nombre Edad

Nombre Edad

Indique si en su familia hay historial de uno de los siguientes, indique cual persona de su familia.

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de sustancia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden Obsesivo Compulsivo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial de intentos suicidas | _____ |



¿Está envuelto en una relación romántica? Sí No ¿ Por cuánto tiempo? _____

En escala de 1-10, ¿cuán satisfecho esta con su relación? _____

¿Ha experimentado algún cambio drástico o traumatizante en su vida? Sí No

Explique: _____

¿Está empleado? Si No Lugar: _____

¿Disfruta su trabajo actualmente? Sí No Explique: _____

¿Hay alguna cosa que le causa estrés en su trabajo? _____

¿Se considera una persona religiosa o espiritual? Sí No

Describa su creencia: _____

¿Cuáles son algunas de sus fortalezas? _____

¿Cuáles son algunas de sus debilidades/deficiencias? _____

¿Qué le gustaría lograr a través de la terapia? _____

Confirmo que he leído y completado toda la información en las 3 páginas de esta forma. Certifico que toda la información es correcta y que le notificare si hay algún cambio en la misma.

Firma del Paciente (Padre/Guardián)

Fecha