

Condado de Brazoria Counseling Center 120 E.
Plum Angleton, Texas 77515
979 549 0889

Adultos - Formulario de Evaluación de Admisión

Nombre del cliente: _____ **Fecha** _____
Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la consulta:

___ muy infeliz ___ impulsivo ___ irritable ___ obstinada ___ Stealing ___ estallidos de mal genio ___ mentira ___ Retirado Problemas ___ Sexual ___
Temeroso ___ destructiva ___ Problemas con la ley ___ auto Mutilar ___ problemas de alimentación ___ Despistado ___ Problemas para dormir ___
Distraído ___ Iniciativa ___ Lacks enfermizo ___ Shy ___ Comportamiento del uso del tabaco ___ Undependable ___ Strange ___ uso de alcohol
pensamientos extraños ___ el llanto / Depresión ___ fobia suicida Talk ___ La dependencia de los prescritos, medicamentos de venta libre
___ Otro Drogodependencias

Otro / Explicar: ? _____
_____ ¿Cuánto tiempo ha sido un
problema _____
_____ Los problemas percibidos
como ___ Muy grave ___ grave ___ no es grave ¿Cuál fue la razón de la búsqueda de ayuda en este momento

_____ ¿Qué cambios le gustaría
ser visto en este? ¿hora? _____

Historia psicosocial

Afiliación religiosa que pueda afectar a la terapia _____ Ocupación: _____
Educación: _____ Birthplace _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estado civil:

___ Casado _____ cuánto tiempo Edad en la fecha del matrimonio: (Cliente) ___ (cónyuge) ___ ___ Separado
divorciado (cuánto tiempo: _____ fallecidos: cuánto tiempo hace: _____

Arreglos de vivienda:

¿Cuántas veces ha movido adultos? _____ Lugares y longitud de tiempo allí? _____
_____ Actualmente reside: ___ ___
renting ___ buying ___ casa de apartamentos ___ otra

TERAPEUTA Sólo notas :

Nombre del cliente : _____

Niños: _____

Nombre	Años	Sexo	(Completa, Media, Paso)
1.)			
2.)			
3.)			
4.)			
hermanos fallecidos: Sexo, nombre, edad de la muerte, las circunstancias de la muerte:			

Antecedentes familiares de drogas / abuso de alcohol, salud mental es decir, depresión, suicidio, etc.

Importante problema de salud de un familiar? Si es así, explique: _____

Historial médico:

Información de Salud Cliente: (todos los problemas de salud en el pasado y presente)

Enfermedad / Cirugías / hospitalizaciones / accidente grave	Qué edad
1.)	
2.)	

Nombre del médico de atención primaria: _____ nombre de

Especialista visto (si es aplicable) _____

Nombre del medicamento	Dosis	Razón por la edad prescrita	Amt. de tiempo en la medicación
1.)			
2.)			
3.)			

Historia educacional

El mas alto nivel de educación: _____

Historia del Derecho

cliente ha tenido alguna dificultad con la policía? En caso afirmativo, explain _____

Nombre del cliente : _____

Ha sido siempre el cliente en libertad condicional? En caso afirmativo, explain _____

Intereses especiales, Hobbies, capacidades: _____

Historia militar:

Es cliente Militar Activo __ Sí __ No Historia de combate: __ Si __ No Branch _____ de
descarga Fecha: _____ Type de Discharge _____ Fecha de publicación _____ Rank en
Discharge _____

Para el terapeuta: no se debe rellenar PASADO ESTA LÍNEA

Estado mental: (Marque todo lo que corresponda)

Orientación: __ Tiempo _ Persona __ __ Lugar **Apariencia:** __ Neat __ __ Unkempt Bizarre

Estado anímico: __ __ __ relajado ansioso temeroso __ __ sospechoso deprimido __ __ Avergonzado culpable __ __
irritable __ __ enojado feliz / eufórico

Afectará: __ Apropiaada / IGH __ __ inadecuado Blunted __ __ plana de constricción

Proceso de pensamiento : __ Coherente __ __ confundido __ Obsessive __ Tangential fuga de ideas __ __ ilógico
delirante __ __ desorganizado Alucinante

Inteligencia estimado: __ __ __ Alta Media Baja límite __ M / R

Visión : __ Buena __ Limited __ __ Ninguno Pobre **juicio** __ __ buena Feria Pobre

Evaluación de riesgos :

__ **suicida** Current __ Ideación __ __ Plan de intento (s) __ None Actualmente Explicar

Auto nocivas __ Current __ Ideación __ __ Plan de intento (s) __ None Actualmente Explicar

homicida __ Current __ Ideación __ __ Plan de intento (s) __ None Actualmente Explicar

assaultive __ Current __ Ideación __ __ Plan de intento (s) __ None Actualmente Explicar

Fuente de datos : Cliente Self Report _____ Otros (especifique) _____

Diagnóstico

Eje I: _____

Firma del terapeuta y Credentials _____

Date _____

Hora de inicio: _____ **Hora de finalización:** _____