

# Holman Family Services

## EVALUACIÓN INICIAL DE CONSEJERÍA

Bienvenido a Holman Family Services- Family Counseling. Por favor, contesta todas las preguntas lo más completamente posible. La información que usted proporciona es estrictamente confidencial y beneficiosa para proporcionar el mejor servicio posible. Siéntase libre de pedir ayuda, si es necesario. Su consejero discutirá sus respuestas con usted en su entrevista.

**Por favor, enseña su ID de foto a su consejero**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre MI EDAD/Fecha de Nacimiento SEXO: M/F

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Por favor, anote el **MEJOR** número de teléfono que usted (el cliente) desearía que utilizásemos. Si el cliente es menor de edad, por favor indique la información del padre/guardián legal:

**MEJOR Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Hogar/Celular/Trabajo?** (Por favor marque)  
**Puede llamar:**  Sí  No **Deja un Mensaje:**  Sí  No **Textos:**  Sí  No

**Otro Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Hogar/Celular/Trabajo?** (Por favor marque)  
**Puede llamar:**  Sí  No **Deja un Mensaje:**  Sí  No **Textos:**  Sí  No

Para Recordatorios de Citas por Textos, proporcione el nombre de la compañía de Teléfono celular: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia del Cliente

Nombre del esposo/a del cliente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre MI Edad: SEXO: M/F

\*\* Si el cliente es menor de edad, por favor indique el (los) nombres del (los) padres/guardián lega(es):

Nombre de la Madre

Nombre del Padre

**En caso de emergencia, llame a :** \_\_\_\_\_  
Nombre Relación **MEJOR** número de teléfono

### Espiritualidad del Cliente:

Preferencia en Denominación: \_\_\_\_\_ Miembro de un iglesia: Sí o No

Nombre de su Iglesia: \_\_\_\_\_ Nombre de su Pastor: \_\_\_\_\_

¿Ha aceptado (el cliente) a Jesucristo como su Señor y Salvador? \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido usted (el cliente) cambios recientes en su creencia religiosa? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuál fue el cambio? \_\_\_\_\_

### Otra Información del Cliente:

¿Cuál es su etnicidad? (el cliente)

Afroamericano  Birracial  Hispano/Latino  
 Asiático  Caucásico  Nativo Americano  Otro etnicidad \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel educativo? (el cliente)

8° grado o menos  Escuela de Comercio  Maestría  
 Preparatoria  Algún Colegio  Doctorado  
 GED  Graduado del Colegio

¿Cómo fue referido a nuestro centro? (Marque todo lo que corresponda):

Cartelera  La Corte  Pastor  Otro Referido  Médico  
 Amigo o compañero de trabajo  Familia  Consejero/Psicólogo/Psiquiatra  Radio

# Holman Family Services

**¿Ha recibido (el cliente) consejería o buscado tratamiento por problemas de salud mental anteriormente?**  
 Sí  No Si es así, por favor anote la información de contacto de su pasado consejero/psicólogo/psiquiatra abajo.

Pasado Consejero/Psicólogo/Psiquiatra/Agencia \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección:  
Número de Teléfono Fax Fechas de Servicio (comenzando y terminando)

**¿Hay otros miembros de la familia del cliente que están recibiendo servicios aquí ahora?**  
 Sí  No (Si es así ¿Qué son los nombres/Fechas de Servicio?)

Primer Nombre Apellido Fecha de Servicio (Mes/Año)

**¿Es usted (el cliente) buscando servicios porque son víctimas de un crimen?**  Sí  No  
Si es así ¿Resultó en una acción legal?  Sí  No

**¿Está (el cliente) actualmente en libertad condicional?**  Sí  No

**¿Ha sido (el cliente) hospitalizado por problemas de salud mental o espiritual?:**  Sí  No  
Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Está (el cliente) involucrado en un divorcio o disputa de custodia?**  Sí  No (Si es así, por favor explique)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cuéntenos con quién (el cliente) vive/estado civil:**

Familia de origen/Familia biológica.  Otros miembros de la familia  Soltero/a  
 Casado/a  Compañero(s) de habitación  Padre soltero/a con hijos  
 Casado/a con niños  Pareja  Otra situación \_\_\_\_\_

## Cuéntenos de su familia (el cliente) en el hogar

**Direcciones:** Por favor, indique quién vive en su hogar en este momento; Si usted (el cliente) está casado con hijos, por favor, escriba su familia empezando con el miembro más antiguo e incluya usted mismo.

Nombre Edad Sexo Relación contigo

Nombre Edad Sexo Relación contigo

Nombre Edad Sexo Relación contigo

Nombre Edad Sexo Relación contigo

Nombre Edad Sexo Relación contigo

# Holman Family Services

## **Ambiente Familiar**

Direcciones: Por favor circule el número que mejor describa cómo usted (el cliente) ve su familia actual.

Muy indulgente	1	2	3	4	5	Muy estricto
Muy no religioso	1	2	3	4	5	Muy religioso
Caótico	1	2	3	4	5	Muy estructurado
Pocas expectativas	1	2	3	4	5	Altas expectativas
Inconsistente	1	2	3	4	5	Consistente

## **Sistema de Apoyo** (como en la iglesia, en trabajo/escuela, amistades, familia, etc)

Direcciones: Por favor circule el número que mejor describa cuánto apoyo (el cliente) siente que recibe.

Poco apoyo	1	2	3	4	5	Mucho apoyo
------------	---	---	---	---	---	-------------

## **Por favor, cuéntenos la razón por la que usted (el cliente) vino a consejería.**

Direcciones: Indique la gravedad utilizando la siguiente escala:

1=leve (muy pequeño problema.); 2= moderado (algún problema.); o 3= severo (problema mu serio).

Por favor, indique los áreas que piensa (el cliente) son lo más problemáticas.

### **Abuso (físico, emocional, sexual)**

- 1-leve;  2-moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Ajuste a los cambios de vida (cambios en escuela/trabajo/casa, padres divorciándose, casándose, envejecimiento, etc.)**

- 1-leve;  2-moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Insatisfacción con su carrera o decisiones**

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Recuerdos Perturbadores (El abuso pasado, la negligencia u otra experiencia traumática)**

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Uso de drogas o alcohol (tipos legales e ilegales)**

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Problemas de comer (vomitando, comiendo en exceso, acumular comida, dieta muy limitado)**

- 1-leve;  2-moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi (el cliente) vida

### **Relación con Familia o Familia Mezclada**

- 1- leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Sentirse enojado o irritable**

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Sentirse ansioso (nervioso, temeroso, pegajoso, preocupado, pánico, obsesivo, compulsiones, falta de confianza, etc.)**

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

### **Sentirse culpable o vergonzoso**

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo
- Área más problemática
- No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Sensación de tristeza o depresión o impulsos

### suicidas NO relacionados con el duelo

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Sensación de tristeza o depresión o impulsos

### suicidas relacionados con el duelo

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Preocupación por su Salud (dolores físicos y/o problemas médicos)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Comportamientos ilegales (problemas con la ley etc.)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Dificultades con el Aprendizaje/Academico

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Relaciones no familiares (Compañeros de hogar, amigos, compañero de trabajo, jefe, maestro, etc.)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Relación entre los padres e hijo(s) (disciplina, adopción, padre soltero, etc.)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Crecimiento Personal (ningún problema específico)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Preocupaciones Religiosas o Espirituales

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Preocupaciones de funcionamiento sexual

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Preocupación por la identidad sexual

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Relación con su Pareja/Esposo(a)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Problemas del sueño (Pesadillas, durmiendo mucho o muy poco, etc.)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Problema de hablar (No hablar, tartamudear, etc.)

- 1-leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

## Comportamiento Inusual (acciones extrañas, comportamiento compulsivo, tics, etc)

- 1- leve;  2- moderado;  3-severo  
 Área más problemática  
 No hay preocupaciones con este tema en mi vida

# Holman Family Services

**Experiencias Inusuales (pérdida de periodos de tiempo, percibiendo cosas irreales, etc.)**

1- leve;  2- moderado;  3-severo

Área más problemática

No hay preocupaciones con este tema en mi vida

**Otra Problema: Por favor, explique:**

1- leve;  2- moderado;  3-severo

Área más problemática

No hay preocupaciones con este tema en mi vida

**¿Cuándo empezó (el cliente) a preocuparse por este/estos asunto(s)?**

---

---

---

**Si el cliente es menor de edad, ¿Cuándo el guardián legal del cliente primero se preocupó por este estos asunto(s)?**

---

---

---

**¿Ha intentado (el cliente) resolver o obtener ayuda con alguno de los problemas que ha indicado más arriba? Si es así, por favor indique cómo intentó resolver o recibir asistencia para ellos.**

Consejería de Parejas

Consejería de Grupo

Consejería Individual

Consejería Familiar

Hospitalización

Otra manera \_\_\_\_\_

Hablado con amigos

Hablado con pastor(es)

Hablado con mis padres

Ninguna de las anteriores

**¿Hay algo más que sientas que tu consejero debe saber? Si es así, por favor explique en el espacio abajo.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---