

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Por favor, tómese su tiempo para llenar la mayor cantidad de información posible, para que yo pueda ayudarle mejor.

Problema principal - Por favor describa el problema o situación que lo trae por aquí:

I –INFORMACION GENERAL

Nombre: _____

Fecha de Nac: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Contacto: (Por favor, marque con un * el mejor método para comunicarse con usted):

Casa _____ Trabajo _____

Cel: _____ Email: _____

Nombre del Plan Médico: _____ ID #: _____

Nombre del asegurado (si es otro): _____

Fecha de nac. del asegurado (si es otra): _____

Dirección del asegurado (si es otra): _____

¿Quién le dio mi nombre? _____

II. INFORMACION GENERAL DE SALUD FISICA Y MENTAL

¿Ha estado en terapia antes? ____ Sí ____ No

Si responde Sí, describa cuándo, porqué y por cuánto tiempo.

¿Está tomando o ha tomado antes algún medicamento psiquiátrico? ____ Sí ____ No

Si responde Sí, por favor describa y proporcione fechas: _____

¿Está tomando algún otro medicamento recetado? ____ Sí ____ No Si responde Sí, describa:

¿Cómo califica su estado físico actual?

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy bueno

Por favor, describa cualquier problema de salud que tenga en este momento:

¿Cómo califica su rutina del sueño?

Pobre Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor, describa cualquier problema del sueño que tenga en este momento:

¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____

¿Qué tipo de ejercicio? _____

Por favor, describa cualquier problema alimenticio o del apetito que tenga en este momento:

¿Está sintiendo tristeza, depresión o angustia? ____ Sí ____ No

Si responde Sí, por favor describa qué tipo y desde hace cuánto:

¿Está sufriendo de ansiedad, ataques de pánico o algún tipo de fobia/miedo? ____ Sí ____ No

Si responde Sí, por favor describa qué tipo y desde hace cuánto:

¿Está sufriendo de algún dolor crónico? ____ Sí ____ No

Si responde Sí, por favor describa:

¿Toma alcohol? A diario Semanal Mensual A veces Nunca

Por favor describa cuántos vasos y qué tipo de bebida.

¿Consume drogas recreativas? A diario Semanal Mensual A veces Nunca

Por favor describa cuánto y qué tipo de droga.

Enumere eventos significativos o estresantes del presente o del pasado que le estén afectando actualmente

III. RELACIONES (Por favor indique)

Soltera/o Conviviendo Casada/o Separada/o Divorciada/o Vuida/o

Si está actualmente en una relación romántica, ¿desde hace cuánto tiempo?

En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría esta relación? _____

Por favor, enumere a las personas que son importantes en su vida:

NOMBRE	EDAD	RELACION (padre, hermano, etc)	DESCRIBA LA RELACION (cercana, distante, conflictiva, abusiva, etc.)

IV. HISTORIA FAMILIAR DE SALUD MENTAL

En la siguiente sección, identifique antecedentes familiares de alguna de las siguientes afecciones. Si responde Sí, por favor indique su parentesco con el familiar (padre, abuela, hermano, etc)

Alcohol/Abuso de sustancias	_____ Sí	_____ No	_____
Ansiedad	_____ Sí	_____ No	_____
Depresión	_____ Sí	_____ No	_____
Violencia doméstica	_____ Sí	_____ No	_____
Trastornos alimenticios	_____ Sí	_____ No	_____
Comportamiento Obsesivo Compulsivo	_____ Sí	_____ No	_____
Esquizofrenia	_____ Sí	_____ No	_____
Intentos de suicidio	_____ Sí	_____ No	_____

¿Está usted actualmente empleado/estudiando? _____ Sí _____ No
Si responde Sí, ¿cuál es su situación de empleo/estudio? _____

¿Le gusta su trabajo/estudio? ¿Hay algo estresante en su trabajo/estudio?

¿Se considera una persona espiritual o religiosa? _____ Sí _____ No
Si no le molesta, por favor describa su fe o sus creencias _____

¿Cuáles considera que son algunos de sus puntos fuertes?

¿Cuáles considera que son algunas de sus debilidades?

¿Qué le gustaría lograr de su tiempo en la terapia?

