

Brazoria County Counseling Center
120 East Plum, Angleton, Texas 77515
979-549-0889

Adulto – Forma de Evaluacion

Nombre de Cliente: _____ **Fecha de hoy:** _____

Fecha de Nacimiento: _____

Queja Principal:

- Muy Triste Impulsividad Iritable Testarudo Roba Explosion de temperamento
 Miente Insociable Problemas Sexuales Miedos Descructible Problemas con la ley
 Auto Mutilar Problemas de comer Atencion Corta Problemas de Dormir
 Distraido Enfermizo Sin Motivacion Timido Usa Tobacco Poco Confiable
 Comportamiento Estrano Usa Alcohol Pensamientos Extranos Lloro/Deprimido
 Fobias Habla de Suicidia Depende de Medicamento Recetado/Medicamento En El Mostrador
 Dependencia de Otra Clase de Droga

Otra razon/Explique: _____

Cuanto tiempo tiene con este problema? _____

Problemas son percibidos como Muy serios Serios No tan serios

Cual es la razon de venir a terapia? _____

Cuales cambios le gustaria ver a este tiempo? _____

Historia Psicosocial

Afilacion religiosa que podria afectar la terapia: _____

Ocupacion: _____ Educacion: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estado matrimonial:

Casado Por cuanto tiempo Edad cuando se caso: (Cliente) _____ (Esposo/a) _____

Separado Divorciado (por cuanto tiempo: _____) Viudo/a (por cuanto tiempo: _____)

Arreglos de Viviencia:

Cuantas veces se han movido? _____ Lugares y tiempos de vivir en estos lugares? _____

Presentemente viven: casa de renta estan comprando casa propia apartamento
 otra situacion

SOLAMENTE PARA NOTAS DE LA TERAPISTA:

Nombre del Cliente:: _____

Hijos/Hijas:

Nombre	Edad	Sexo	(Biologico, Medio hijo(a), Hijastro (a))
1)			
2)			
3)			
4)			
Hermanos(as) fallecidos: Sexo, Nombre, Edad Cuando Fallecieron, Causa de Muerte:			

Historia Familiar de Abuso de Drogas/Alcohol, Salud Mental: deprecion, suicidio, ansiedad, etc.

Hay un problema significativo de salud de un miembro de la familia? Explique:

Historia Medica:

Informacion de salud del cliente: (todos los problemas de salud del pasado y presente)

Enfermedades/Sirugias/Hospitalizaciones/Accidentes Serios	Ha que edad
1)	
2)	

Nombre de Medico Primario: _____

Nombre de Especialista (si aplica a su caso): _____

Nombre de medicamento	Dosis	Razon	Edad de Prescrito	Cuando Tiempo en medicamento
1)				
2)				
3)				

Historia Educativo:

Grado mas alto de educacion: _____

Historia Legal:

Ha tenido problemas con la policia? Si ha habido problemas, explique: _____

Nombre del Cliente: _____

Ha estado usted en libertad condicional? Si ha estado en libertad condicional, explique:

Intereses especiales, pasatiempos, habilidades: _____

Historia Militar:

Esta activo en el ejercito Si No Historia de Combate: Si No

Rama de Ejercito: _____: Fecha de descarga del ejercito _____

Tipo de Descarga: _____ Fecha de Alistamiento: _____

Rango al tiempo de Descargo: _____

ESTA PARTE SOLAMENTE PARA LA TERAPISTA: NO ESCRIBA BAJO DE ESTA LINEA

Mental Status: (Check all that apply)

Orientation: Time Person Place **Appearance:** Neat Unkempt Bizarre

Mood: Relaxed Anxious Fearful Suspicious Depressed Ashamed

Guilty Irritable Angry Happy/Euphoric

Affect: Appropriate/igh Inappropriate Blunted Flat Constricted

Thought Process: Coherent Confused Obsessive Tangential Flight of Ideas

Illogical Delusional Disorganized Hallucinating

Estimated Intelligence: High Average Borderline Low M/R

Insight: Good Limited Poor None **Judgement:** Good Fair Poor

Risk Assessment:

Suicidal: Current Ideation Plan Attempt(s) None Currently

Explain: _____

Self-Injurious: Current Ideation Plan Attempt (s) None Currently

Explain: _____

Homicidal: Current Ideation Plan Attempt(s) None Currently

Explain: _____

Assaultive: Current Ideation Plan Attempt(s) None Currently

Explain: _____

Source of Data: Client Self Report: _____ Other (Specify): _____

Diagnosis:

Axis I: _____

Therapist's Signature and Credentials: _____

Date: _____ **Start Time:** _____ **End Time:** _____