

Cuestionario de admisión de clientes

Por favor, complete la siguiente información y tráigala a su primera sesión.

Nota: la información proporcionada en este formulario está protegida como información confidencial.

Información personal

Nombre: _____ Fecha: _____

Padre/tutor legal (si es menor de 18 años): _____

Dirección: _____

Teléfono de domicilio: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono Celular/ Otro: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

**Nota: la correspondencia por correo electrónico no se considera un medio de comunicación confidencial.*

Estado civil:

- Soltero
- Unión libre
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo

Referido por (si aplica): _____

Historial

¿Ha recibido anteriormente algún tipo de servicio de salud mental (psicoterapia, servicios psiquiátricos, etc.)?

No Sí, psicólogo / profesional que me atendió: _____

¿Toma actualmente algún tipo de medicamento con prescripción? Sí No

En caso afirmativo, indique cuál (es): _____

¿Le han recetado alguna vez medicación psiquiátrica? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor, indique cuáles y proporcione las fechas: _____

Información general y de salud mental

1. ¿Cómo calificaría su salud física actual? (Por favor, marque una opción)

Mala Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor, indique cualquier problema de salud específico que esté experimentando actualmente

2. ¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales? (Por favor, marque una opción)

Malos Insatisfactorios Satisfactorios Buenos Muy buenos

Por favor, indique cualquier problema específico de sueño que esté experimentando actualmente

3. ¿Cuántas veces a la semana suele hacer ejercicio? _____

¿Qué tipo de ejercicio practica? _____

4. Por favor, indique cualquier dificultad que experimente con su apetito o algún problema de alimentación: _____

5. ¿Está experimentando actualmente tristeza, pena o depresión abrumadoras? Sí No

En caso afirmativo, ¿desde cuándo? _____

6. ¿Padece actualmente ansiedad, ataques de pánico o tiene alguna fobia? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó a experimentar esto? _____

7. ¿Sufre actualmente algún tipo de dolor crónico? Sí No

En caso afirmativo, descríballo: _____

8. ¿Consume alcohol más de una vez a la semana? Sí No

9. ¿Con qué frecuencia consume drogas recreativas?

A diario Semanalmente Mensualmente Casi nunca Nunca

10. ¿Está usted actualmente en una relación romántica? Sí No

En caso afirmativo, ¿desde cuándo? _____

En una escala del 1 al 10 (siendo 1 mala y 10 excepcional), ¿cómo calificaría su relación?

11. ¿Qué cambios de vida significativos o acontecimientos estresantes ha experimentado recientemente? _____

Historial de salud mental de la familia

En esta sección, identifique si hay antecedentes familiares de lo siguiente. En caso afirmativo, indique el parentesco del miembro de la familia con usted en el espacio provisto (por ejemplo, padre, abuela, tío, etc.)

	Marque con un círculo	Parentesco
Alcohol/ abuso de sustancias	sí / no	_____
Ansiedad	sí / no	_____
Depresión	sí / no	_____
Violencia doméstica	sí / no	_____
Desórdenes alimenticios	sí / no	_____
Obesidad	sí / no	_____
Trastorno obsesivo compulsivo	sí / no	_____
Esquizofrenia	sí / no	_____
Tentativa de suicidio	sí / no	_____

Información adicional

1. ¿Está usted actualmente empleado? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es su situación laboral actual? _____

¿Le gusta su trabajo? ¿Hay algo estresante en su trabajo actual? _____

2. ¿Se considera una persona espiritual o religiosa? Sí No

En caso afirmativo, describa su fe o sus creencias: _____

3. ¿Cuáles considera que son algunas de sus fortalezas? _____

4. ¿Cuáles considera que son algunas de sus debilidades?

5. ¿Qué le gustaría lograr durante su tiempo en terapia? _____
