

Formulario de admisión inicial

Terapeuta: _____ Fecha de hoy: _____
Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de referencia

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
¿Quién le refirió a esta agencia Quality Life Counseling?: _____
¿Cuál es la razón por la que fue referido? (Explique brevemente): _____
Nombre de su médico general: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
Nombre del guardián / dirección/ teléfono: _____
Si el DSSH (Departamento de Salud y Servicios Humanos) está involucrado, escriba el nombre / dirección /
teléfono del trabajador DSSH: _____

Información general del comportamiento

Descripción de las dificultades actuales / "por qué ahora":

Si alguno de los siguientes comportamientos es una preocupación para su hijo por favor proporcione una breve descripción:

- Comportamiento opositorista:
- Enojo/ Comportamiento agresivo:
- Berrinches- Rabietas:
- Cambios en el estado de ánimo / interés en las actividades:
- Miedos / pensamientos no deseados:
- Hábitos inusuales / comportamiento repetitivo:
- Problemas/cambios de sueño:
- Problemas/cambios de apetito:
- Pensamientos homicidas/ suicidas:
- Comportamientos autolesionantes:
- Consumo de alcohol / drogas:
- Problemas sexuales:
- Víctima de abuso (sexual / físico):
- Negligencia:
- Autoestima:
- Adaptación o asimilación (muerte / divorcio / cambio de casa):
- Problemas al ir al baño:
- Problemas de atención:
- Hiperactividad:
- Problemas de relaciones:
- Problemas escolares

Por favor describa lo que está haciendo actualmente para trabajar en estos problemas: _____

¿Qué actividad ha sido la más útil? (Por ejemplo: salir a caminar con el perro): _____

Información de Antecedentes del Paciente / Historia Familiar

Nombre del paciente: _____ **Apodo:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Teléfono: _____ ¿Podemos llamarle a este número?: Sí _____ No _____
Correo electrónico: _____

Sexo (encierre): Masculino / Femenino
Etnicidad (encierre todas las que apliquen): Africano-Americano Asiático-Americano Hispano Nativo Americano Caucásico
 Otro: _____
Problemas con la etnicidad: Sí _____ No _____
 ¿Cuál es la religión o comunidad espiritual a la que pertenece?: _____
 ¿Existe algunas prácticas/rituales que le den consuelo? En caso de tenga alguna, descríbala: _____

Los padres biológicos (Complete aunque usted ya sea adulto) están: Casados Separados Divorciados Nunca se casaron
 *Si actualmente están casados, ¿Por cuánto tiempo han estado casados?: _____

Información de la familia inmediata:

Nombre de la esposa(o) del cliente /compañero/pareja, otros: _____
 Por favor marque: Casado _____ Viven juntos _____ Soltero _____ Separado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Otros miembros de la familia (Por ejemplo: niños, niños de crianza, etc.):

Nombre	Fecha de nacimiento/ edad	Sexo	Relación con el paciente

Otras personas que residen en el hogar: (Por ejemplo: padres, hermanos, sobrina / sobrino, abuelos, etc.)

Nombre (s)	Relación con el paciente	Describa su relación

Nombre de la madre: _____ **Nombre del padre:** _____

(Encierre una) Biológica No biológica Adoptado Acogido Otro (Encierre una) Biológico No biológico Adoptado Acogido Otro
Teléfono de casa: _____ **Teléfono de casa:** _____
Teléfono del trabajo: _____ **Teléfono del trabajo:** _____
Nivel más alto de educación: _____ **Nivel más alto de educación:** _____
Lugar de trabajo: _____ **Lugar de trabajo:** _____
Ocupación: _____ **Ocupación:** _____
Horario de trabajo: _____ **Horario de trabajo:** _____
Historial de salud mental materna: _____ **Historial de salud mental paterna:** _____

Los padres están: Casados _____ Viven juntos _____ Solteros _____ Separados _____ Divorciados _____ Viudos _____

Hermanos (en orden, inclúyase usted también):

Nombre	Fecha de nacimiento/ Edad	Sexo	¿Casado?

¿Cuáles han sido los factores estresantes de su vida en los últimos 12 meses?

Muerte familiar ___ Abuso ___ Cambio de escuelas ___ Separación / divorcio ___ Matrimonio ___
 Aumento de la familia ___ Cambio de domicilio ___ Cambio en el trabajo ___ Problemas de salud ___
 Problemas financieros familiares ___ Cualquier otro evento importante/Algún evento importante en su vida: ___

Historial académico y vocacional

Por favor enliste cada año de graduación hasta su nivel más alto de educación:

Licenciatura (año de graduación) _____ Año de graduación o GED _____
 Escuela vocacional / Escuela de comercio (año de graduación) _____ Oficio _____
 Título del Asociado o carrera técnica (año de graduación) _____ Título obtenido _____
 Preparatoria-bachillerato (o estudio más alto) _____ Título obtenido _____
 Maestría (año de graduación) _____ Título obtenido _____
 Doctorado (año de graduación) _____ Título obtenido _____
 Otro: _____

Historial de trabajo: Del actual al pasado

Empleador	Nombre del posición/Deberes	Fecha en que comenzó / Terminó	Motivo de la renuncia

¿Experiencia Militar? Sí ___ No ___ Rama: _____ ¿Experiencia de Combate? Sí ___ No ___

¿En dónde?: _____
 Fecha de preparación / alistamiento: _____ Fecha de alta: _____
 Tipo de desempeño: _____ Rango al alta: _____

Información Médica

Historial médico /de salud física (Por favor escriba cualquier cosa por la cual el cliente haya sido tratado en el PASADO): _____

Por favor enliste cualquier problema de salud /o preocupaciones ACTUALES: _____

¿Tiene algún problema de salud física que pueda interferir con su funcionamiento normal (visión, audición, etc.)? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, por favor describa: _____

Alergias / reacciones o efectos secundarios a medicamentos: Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa: _____

Último examen físico: _____ Con cuál médico: _____

Describe sus hábitos de ejercicio: _____

¿Cuánto tiempo duerme el cliente normalmente? _____

¿Tiene problemas al dormir? Ninguno _____ ¿Dificultades para conciliar el sueño? _____ ¿Dificultades para permanecer dormido? _____ ¿Duerme sin descansar? _____ ¿Despierta pronto? _____

¿El cliente tiene problemas con el apetito? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, explique: _____

Come demasiado _____ Come lo normal _____ Come poco _____ Quisquilloso/ Sólo le gusta cierta comida (describa) _____

¿Problemas de control de la vejiga? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Problemas de control intestinal? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, por favor explique: _____

Cualquier medicamento(s) PASADO	Dosis	Frecuencia	Propósito	Prescrito por
Medicamento(s) ACTUAL (es)	Dosis	Frecuencia	Propósito	Prescrito por

Historial de la salud mental

Consejero (s) anterior (es)	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico
Hospitalización psiquiátrica previa	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico
Tratamiento (s) de abuso de sustancias	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico
Autoayuda (Esquizofrénicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Al Anon, etc.)	Año (s)	¿En dónde?	Respuesta / reacción	Problema / Diagnóstico

Historial de trauma: ¿El cliente ha sido víctima de alguno de los siguientes? **Si es posible escriba las fechas.**

Abuso Sexual _____
 Acoso Sexual _____
 Abuso emocional / verbal _____
 Abuso físico _____
 Negligencia _____
 Violencia doméstica _____
 Testigo de violencia doméstica _____

Desastre Natural Violento _____
 Testigo Accidente que amenaza la vida _____
 Accidente que amenaza la vida _____
 Estafa Financiera / Robo _____
 Otros eventos en donde la vida y la seguridad son amenazados _____

Factores de riesgo: ¿Usted está en riesgo de suicidio, homicidio, fuga, recaída de abuso de sustancias, violencia doméstica, agresión sexual, abuso sexual, abuso infantil, desorden alimenticio, etc.? Por favor explique:

Preocupaciones y problemas legales del paciente / familia

¿Está involucrado en algún caso activo (de tráfico, civil, criminal)? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explique los detalles: _____

¿Está actualmente en período de prueba o en libertad condicional? Sí _____ No _____

¿Infracciones de tráfico? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, por favor explique los detalles: _____

¿Otro historial legal? Sí _____ No _____

Cargos (año de cargo) _____ Convicciones _____ Penalidad _____ ¿Sentencia terminada?

Historial familiar de abuso de sustancias / dependencia (relación / sustancia):

Sustancia	S / N	Frecuencia	Duración	Primera vez que lo usó	Última vez que lo usó
Ejemplo	S	1 vez por semana	2 años	2012	2014
Cafeína					
Tabaco					
Alcohol					
Marihuana					
Opiáceos / Narcóticos					
Anfetaminas					
Cocaína					
Alucinógenos					
Otros:					

* Gracias por proporcionar información detallada respecto a su hijo. Esto ayudará al terapeuta a comprender en gran medida las necesidades únicas de su hijo y de su familia.

* La información provista en este formulario tiene únicamente el propósito de una evaluación y tratamiento de salud mental / conductual. La información proporcionada en este formulario no se puede divulgar sin el permiso expreso por escrito de los padres o del tutor legal del niño. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se usará esta información, por favor platique sobre sus inquietudes con su terapeuta durante su primera visita.

Afirmo que la información proporcionada en este documento es verdadera y precisa de acuerdo con mi conocimiento y entendimiento.

Nombre y firma del Cliente/ Guardián

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha