

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Direccion Completa \_\_\_\_\_

Telefono de la Casa \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ El Total de Horas/Semana \_\_\_\_\_

Empleado Por \_\_\_\_\_ Numero de Telefono \_\_\_\_\_

**Historia de Salud Fisica y Mental**

Salud General \_\_\_\_\_

Esta bajo un cuidado medico por alguna herida o enfermedad? \_\_\_\_\_

Si esta en cuidado medico, nombre del doctor \_\_\_\_\_

Razon por el cuidado de los medicos \_\_\_\_\_

Esta tomando algun medicamento? \_\_\_\_\_ Que tipo de medicamento? \_\_\_\_\_

Usted fuma? \_\_\_\_\_ Usted usa drogas? \_\_\_\_\_ Si usa drogas, que tipo? \_\_\_\_\_

Usted toma? \_\_\_\_\_ Cuanta cantidad toma? \_\_\_\_\_

Razon para los medicamentos? \_\_\_\_\_ Ultimo examen medico? \_\_\_\_\_

Usted ha sido hospitalizado por una enfermedad fisica? \_\_\_\_\_

Por que razon a estado hospitalizado? \_\_\_\_\_

Alguna enfermedad o cirugias reciente? \_\_\_\_\_

Tiene alguna condicion recurrente o de largo plazo? \_\_\_\_\_

Usted o alguien de su familia inmediata ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental? Quien (o quienes)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

Usted ha sido hospitalizado por una enfermedad mental? \_\_\_\_\_

Por que razon a estado hospitalizado? \_\_\_\_\_

Ha tenido terapia/consejeria anteriormente? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si, cual a tenido? \_\_\_\_\_

**Historial de Trabajo**

Ocupacion \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Si actualmente esta desempleado, describa su situacion.

Actividades \_\_\_\_\_

**Informacion de Sistema Familiares**

Lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo vivio el su lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_

Identidad etnica? \_\_\_\_\_

Identidad de genero? \_\_\_\_\_

Esta su padre vivo? \_\_\_\_\_ Donde vive su padre? \_\_\_\_\_

Describe la relacion con su padre \_\_\_\_\_

Esta su madre viva? \_\_\_\_\_ Donde vive su madre? \_\_\_\_\_

Describe la relacion con su madre. \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ # de Matrimonios \_\_\_\_\_

Vive con su esposo/esposa \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_ Nombre de esposa/esposo \_\_\_\_\_

Vive con su compañero \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_ Nombre del compañero \_\_\_\_\_

Niños: #1 M F Edad \_\_\_\_\_ #2 M F Edad \_\_\_\_\_ #3 M F Edad \_\_\_\_\_ #4 M F Edad \_\_\_\_\_ #5 M F Edad \_\_\_\_\_

Eres adoptado? \_\_\_\_\_

Si fue criado por alguien mas que sus padres biologicos, describa la situacion con algun detalle.

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

Familiar a notificar en caso de emergencias:

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

**Miembros de la Familia de Origen**

Relacion	Nombre	Genero	Edad	Ultimo nivel de escuela completado	Ocupacion si no esta en la escuela
Padre					
Madre					
Hermano					
Hermano					
Hermano					
Hermana					
Hermana					
Hermana					

Familia de origen alcoholismo o violencia domestica? \_\_\_\_\_

Familia de origen adicciones sexuales o abuso? \_\_\_\_\_

Padres divorciados? \_\_\_\_\_ Si estan divorciados, que año? \_\_\_\_\_ Edad cuando paso? \_\_\_\_\_

Si los padres fallecieron, que año? \_\_\_\_\_ Su edad cuando paso? \_\_\_\_\_ Causa de muerte? \_\_\_\_\_

Si tus hermanos fallecieron, que año? \_\_\_\_\_ Tu edad cuando paso? \_\_\_\_\_ Causa de muerte? \_\_\_\_\_

Tiene padrastros? \_\_\_\_\_ Si tiene padrastros, describa cuando y su relacion con ellos \_\_\_\_\_

**Miembros de la Familia Inmediata**

Relacion	Nombre	Edad	Ultimo nivel de escuela completado	Fuera de la Escuela
Padre				
Madre				
Niño/a				
Niño/a				
Niño/a				

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

Niño/a				
Niño/a				
Niño/a				

Familia de origen alcoholismo o violencia domestica? \_\_\_\_\_

Familia de origen adicciones sexuales o abuso? \_\_\_\_\_

Padres divorciados? \_\_\_\_\_ Si estan divorciados, que año? \_\_\_\_\_ Edad cuando paso? \_\_\_\_\_

Si los padres fallecieron, que año? \_\_\_\_\_ Su edad cuando paso? \_\_\_\_\_ Causa de muerte? \_\_\_\_\_

Usando la escala a continuacion, elija un numero que refleje la magnitud de su preocupacion por cada uno de los temas que se enumeran a continuacion. Por favor califique cada articulo.

**Historia Espiritual**

Religion de Niñez _____	Religion Presente _____
Es su religion una parte importante de su vida? _____	Por que/Por que no? _____

**Estado Emocional**

Esta experimentando actualmente estres? \_\_\_\_\_ Si tiene estres, describa abajo:

\_\_\_\_\_

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

<b>0 (NO PREOCUPACION)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5 (PREOCUPACION MODERADA)</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>10 (PREOCUPACION EXTREMA)</b>				

- |   |  |
|---|--|
| _____ Enfado                                | _____ Religioso/Espiritual             |
| _____ Depresion                             | _____ Preocupaciones sexuales          |
| _____ Educacion                             | _____ Pensamientos de hacerse daño     |
| _____ Dificultades para comer               | _____ Dificultad para tomar decisiones |
| _____ Espanto                               | _____ Infeliz todo el tiempo           |
| _____ Nerviosismo                           | _____ Uso de alcohol                   |
| _____ Problemas financieros                 | _____ Uso de alcohol en la familia     |
| _____ Problemas matrimoniales               | _____ Uso de drogas                    |
| _____ Problemas fisicos                     | _____ Trabajo                          |
| _____ Problemas con las relaciones sociales | _____ Preocupacion                     |
| _____ Problemas con los niños               | _____ Problemas con los padres         |
| Otro _____                                  |  |

Estas experimentando actualmente emociones fuertes? \_\_\_\_\_

Si tienes emociones fuertes, describe abajo:

---



---

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

---

Toma decisiones basadas en sus emociones? \_\_\_\_\_

Que tan bien funciona eso para usted? \_\_\_\_\_

Has tenido lo que se consideraria como traumas de infancia o otras cosas? \_\_\_\_\_ Si has tenido, describa aqui:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alguna vez ha sido tratado por disturbios emocionales? \_\_\_\_\_

Si lo an tratado por distubios emocionales, cuando? \_\_\_\_\_

Has tenido pensamientos de suicidio? \_\_\_\_\_ Si los has tenido, cuando? \_\_\_\_\_

Tienes pensamientos de suicidio en este momento? \_\_\_\_\_

## FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A

### Situacion Presente

Desciba la razon por acudir hoy a terapia/consejeria?

---

Describa cuanto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

---

Describa que le gustaria experimentar ahora que es diferente a lo que ha estado experimentando?

---

Ha habido momentos en que el problema mejoro o desaparecio? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si habido momentos, cuando?

---

Que cree que le ayudo? \_\_\_\_\_

---

Ha habido momentos en que los problemas fueron especialmente dificiles? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si ha habido momentos dificiles, cuando? \_\_\_\_\_

Que lo hizo dificil?

---

---

Hay otras personas que juegan un papel importante en causar sus problemas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Hay otras personas que ayudan a lidiar con sus problemas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

**FORMULARIA DE TOMA DE CONSEJERIA-A**

Explique brevemente:

---

---

---

Diga algo mas en el espacio que usted piensa que seria util para su terapeuta saber. Por ejemplo, esta considerando un cambio de vida ahora mismo?

---

---

---

---

---

Que espera obtener del asesoramiento?

Planea asistir a consejeria con otro miembro de su familia? Si es asi, con quien?

---

---

---

---

---

Que noches de la semana esta usted disponible para asesoramiento? \_\_\_\_\_

Cuantas semanas puede comprometerse con la sesion de consejeria?

---

