

PLANILLA INICIAL

Por favor provea la siguiente información y conteste las preguntas de esta planilla. Nota: la información que usted provea aquí está protegida como información confidencial.

Por favor llene esta planilla y tráigala en su primera sesión.

Nombre: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Nombre del padre/madre o representante (si es menor de 18 años):

(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: M F

Estado Civil:

Soltero(a) Convivencia Domestica Casado(a) Separado(a) Divorciado(a)

Viudo(a)

Nombre a sus hijos(as)/Edades: _____

Dirección: _____
(Calle y número)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono casa: _____ () Podemos dejar mensaje? Si No

Cel./Otros tfnos: _____ () Podemos dejar mensaje? Si No

E-mail: _____ Podemos enviarle un e-mail? Si
 No

*NOTA: correspondencia por e-mail no es considerada como un medio de comunicación confidencial

Referido(a) por:

Usted ha recibido previamente algún tipo de servicio de salud mental (sicoterapia, servicios psiquiátricos, etc)

No

Si, previo terapeuta/medico: _____

Esta usted tomado algún medicamento por prescripción médica? No

Si

Por favor, describa::

Usted ha tomado alguna vez medicamento siquiátrico?

No

Si

Por favor, enumérelo y provea fechas::

INFORMACION GENERAL DE SALUD FISICA Y MENTAL

1. Como evaluaría su salud física actual? (por favor, haga un circulo)

Pobre Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor, mencione cualquier problema de salud que este experimentando actualmente

Como evaluaría sus hábitos de sueño actualmente? (Por favor, haga un circulo)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy bueno

3. Cuantas veces a la semana usted hace ejercicios? _____

En qué tipo de ejercicios usted participa?: _____

4. Por favor mencione alguna dificultad que este experimentando con su apetito o hábitos alimenticios

5. Actualmente está experimentando intensa tristeza, duelo o depresión?

No

Si

Si, por cuanto tiempo aproximadamente _____

6. Actualmente está experimentando ansiedad, ataques de pánico o tiene alguna fobia?

No

Si

Si, cuando empezó a experimentar esto _____

7. Actualmente está experimentando algún dolor crónico?

No

Si

Si, por favor describa _____

8. Usted toma bebidas alcohólicas mas de una vez a la semana?

No

Si

9. Cuan frecuente usted usa drogas recreacionalmente?

Daily Weekly Monthly Infrequently Never

10. ¿Está actualmente en una relación romántica?

No Sí

Si, por cuánto tiempo? _____

En una escala del 1 al 10, como evaluaría su relación? _____

11. ¿Cuáles cambios de vida o eventos significativamente estresantes ha experimentado recientemente?

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL FAMILIAR:

En la sección que sigue, por favor identifique si tiene historia familiar de alguna de estas condiciones. Si su respuesta es "SÍ", indique (en el espacio de al lado) su relación con ese miembro de la familia (padre, madre, tío(a), primo(a), etc.)

Alcoholismo Si/No

Ansiedad Si/No

Depresión Si/No

Violencia Doméstica Si/No

Desorden de la alimentación Si/No

Obesidad Si/No

Conducta Obsesiva-Compulsiva Si/No

Esquizofrenia Si/No

Intentos de Suicidio Si/No

INFORMACION ADICIONAL:

1. ¿Usted está actualmente empleado? No Sí

Si, ¿cuál es su actual situación de trabajo?

¿Usted disfruta su trabajo? ¿Hay algo que lo estresa acerca de su trabajo actual?

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

Si, por favor describa brevemente sus creencias:

3. ¿Cuáles considera usted que son algunas de sus cualidades?

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

5. Cuales objetivos le gustaría alcanzar mientras esta en terapia?
