Bienvenido a nuestra clínica. Por favor, rellene este formulario con la mayor precisión posible para que podamos servirle mejor. Usted puede notar que pedimos una variedad de información personal. Si alguna de las siguientes raises preocupación o si usted tiene preguntas,o si usted tiene preguntas, su terapeuta está preparado para discutir cualquiera de los elementos en este formulario con usted.

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

* Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Age\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de inicio

(Número/Calle/Código Postal)

* Teléfono del contrato

Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Que dejemos un mensaje en este

number?

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

* Emergencia

Contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre) (Número de teléfono)

**Por favor, proporcione los nombres y fechas de nacimiento de todos los que residen en su hogar.**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Male o Femenino**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Male o Femenino**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Male o Femenino**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Male o Femenino**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Male o Femenino**

**Circule todo lo que corresponda**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pronombres preferidos** | **Estado de la relación** | **Estado de vida** |
| **Él** | **soltero** | **solo** |
| **Ella** | **datación** | **Pareja/Cónyuge** |
| **Ellos** | **Asociado** | **Compañeros** |
| **Ze** | **casado** | **Con niños** |
| **Un pronombre que no aparece en la lista** | **viudo** | **padres** |
| **Sin preferencia** | **Poli/Abierto** | **transicional** |
|  | **Negarse a responder** | **sin hogar** |

¿Te sientes seguro en tu situación actual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Si no, por favor explíquelo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Te sientes seguro en tu relación actual?

* Si no, por favor explíquelo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha recibido previamente sus servicios de salud mental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* En caso afirmativo, ¿qué tipo de servicios?

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

¿Alguna vez has pensado en suicidarte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Si es así, ¿sigues teniendo estos pensamientos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez intentaste suicidarte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* En caso afirmativo, ¿cuándo y qué pasó? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* En caso afirmativo, ¿se presentó un informe del CSA o de la Policía? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Clínica (circule todo lo que corresponda)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Problemas de sueño | asma | retirada | Presión arterial alta/baja |
| Problemas cardíacos | tuberculosis | Lesión en la cabeza | Pérdida de conciencia |
| Problemas de piel | Cirugías | embarazo | Fluctuación del peso |
| Problemas urinarios | ETS | Diabetes | Reacciones farmacológicas |
| Problemas de visión | Convulsiones | Hep/Hígado | Cambios en el apetito |
| Problemas musculares | prótesis | osteopetrosis | nefropatía |
| Problemas de tiroides | Alergias |  |  |
| Problemas auditivos | cáncer |  |  |

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_\_\_\_

Consumo de sustancias (porfavor, circule o rellene)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| tabaco | nunca | frecuentemente | diario | Otro: |
| alcohol | nunca | frecuentemente | diario | Otro: |
| CAFEINE | nunca | frecuentemente | diario | Otro: |
| marihuana | nunca | frecuentemente | diario | Otro: |

Otro consumo recreativo de drogas: Tipo/Frecuencia?

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

En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?

**(circule todo lo que corresponda)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Mala auto-charla/  Crítico de sí mismo | Comportamiento obsesivo | Comportamiento compulsivo | Problemas de comportamiento | Abuso |
| enojo | negación | hiperactividad | agresión | Amenaza a los demás |
| ansiedad | culpa | irritabilidad | llanto | Hiperarousal |
| apatía | miedo | depresión | Pesadillas | Trastorno de la alimentación |
| evitación | pánico | disociación | insomnio | Problema de memoria |
| Flashbacks | fobia | Auto-culpa | Autolesión | Crítico con los demás |
| Relaciones autodestructivas | Dificultad para concentrarse | somático  (cuerpo)  Quejas | emocional  Adormecer | Actuación sexual fuera |

Acuerdo de tarifa por el servicio recibido en oak creek Relational Counseling Center: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma autorizada para fines de seguro: Autorizo la liberación de cualquier médico de otra información necesaria para procesar las reclamaciones de seguro apropiadas. Autorizo el pago de beneficios de salud mental al Centro de Consejería Relacional de Oak Creek.

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo para llenar estos formularios. Esperamos trabajar con usted. **Centro de Consejería Relacional Oak Creek.**