



1455 Lincoln Pkwy • Suite 240 • Atlanta, GA 30346

Formulario de información del cliente

*** *Este formulario es totalmente confidencial* ***

La fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de la Empresa: _____

Dirección del trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono Trabajo: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Las llamadas serán discretas, pero por favor, indique cualquier restricción de alguien con quien no se puede hablar:

Referido por: _____

¿Me concede su permiso para agradecer a esta persona por la referencia?

Si referido por otro médico, ¿le gustaría que nos comunicáramos el uno con el otro?

Persona (s) a notificar en caso de cualquier emergencia: _____

Nombre /teléfono

Sólo me comunicaré con esta persona sí creo que es una emergencia. Por favor proporcione su firma para indicar que puedo hacerlo: (su firma): _____

Por favor describa brevemente su preocupacion(es): _____

¿Cuáles son sus metas para la terapia? _____

¿Cuánto tiempo esperas estar en terapia con el fin de lograr estas metas (o al menos sentir que usted tiene las herramientas para conseguirlos por su cuenta)? _____

** La siguiente información en este formulario ayudarán a guiar su tratamiento.
Por favor intente llenar tanto como le sea cómodo compartir.**

HISTORIA CLÍNICA:

Por favor explique cualquier enfermedad, síntomas o problemas médicos significativos: _____

Medicaciones actuales:

Nombre del medicamento	Dosis	Propósito de prescripción	Nombre del doctor
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Fuma o usa cigarrillos? SI NO En caso afirmativo, ¿Cuánto usas por día? _____
¿Consumes cafeína? SI NO En caso afirmativo, ¿Cuánto usas por día? _____
¿Bebes alcohol? SI NO En caso afirmativo, ¿Cuánto usas por día/semana/mes/año _____
¿Usas drogas? SI NO En caso afirmativo, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____
¿Alguno de tus amigos o miembros de la familia han manifestado su preocupación por el abuso de sustancias? SI NO
¿Has estado en problemas o situaciones peligrosas debido al abuso de sustancias? SI NO
Alguna Hospitalización médica (razones y fechas aproximadas): _____

Alguna hospitalización psiquiátrica (razones y fechas aproximadas): _____

¿Has hablado con un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental? SI NO
(Por favor lista de razones y fechas aproximadas): _____

Altura _____ Peso _____ Edad ____ Género _____

Identidad sexual: Heterosexual _____ Homosexual _____ Bisexual _____ Transexual _____ en Cuestión _____

FAMILIA:

¿Cómo describirías tu relación con tu madre? _____

¿Cómo describirías tu relación con tu padre? _____

¿Tus padres siguen casados? _____ Si se divorciaron, ¿cuántos años tenías cuando separaron o divorciaron, y cómo esto te impactó?

¿Hubo alguna persona significativa en tu vida que te cuidó cuando niño? En caso afirmativo, por favor describa cómo esta persona puede haber impactado su vida: _____

¿Cuántas hermanas tienes? _____ ¿Las edades? _____

¿Cuántos hermanos tienes? _____ ¿Las edades? _____

¿Cómo es tu relación con tus hermanos? _____

RELACIONAMENTOS / APOYO SOCIAL / AUTO-CUIDADO:

¿Actualmente estas en una relación? ____ ¿Cuánto tiempo? ____ Satisfacción de la relación:

	MALA									EXCELENTE
	1	2	3	4	5	6	7			

¿Casado/viven juntos? _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Previamente casado/vivían juntos? SI NO
Si es así, longitud de anteriores matrimonios/relaciones _____

¿Tiene hijos? _____ En caso afirmativo, cuántos y cuáles son sus edades: _____

Describe si sus hijos están teniendo problemas: _____

Lista de los nombres y edades de las personas que viven en su hogar: _____

Por favor describa brevemente cualquier historia de abuso, abandono o trauma: _____

Actual nivel de satisfacción con sus amigos y apoyo social:

	MALO									EXCELENTE
	1	2	3	4	5	6	7			

Por favor describa brevemente como hace para lidiar con sus problemas: _____

¿Es la espiritualidad importante en tu vida y si es así por favor explique: _____

Describe brevemente sus patrones de dieta y ejercicio: _____

Educación y empleo

Bachiller/GED ____ Pre-Grado ____ Post-Grado (o Superior) ____ Otro _____

¿Cuál es su empleo actual? _____

Satisfacción de empleo:

	MALO									EXCELENTE
	1	2	3	4	5	6	7			

Algún trabajo en su carrera que siente que sea relevante? _____

¿Cuáles cree que son sus fortalezas? _____

Por favor, marque todas las que aplican y *círcule* el problema principal:

Dificultad con:	Ahora	Antes	Dificultad con:	Ahora	Antes	Dificultad con:	Ahora	Antes
Ansiedad			Personal En General			Náuseas		
Depresión			Padres			Molestia Abdominal		
Cambios De Humor			Niños			Desmayos		
Ira o Mal Genio			Matrimonio/Pareja			Mareos		
Pánico			Amigos			Diarrea		
Temores			Compañeros (Trabajo)			Falta De Aliento		
Irritabilidad			Empleador			Dolor En El Pecho		
Concentración			Finanzas			Nudo En La Garganta		
Dolores De Cabeza			Problemas Legales			Sudoración		
Pérdida De Memoria			Preocupaciones Sexuales			Palpitaciones		
Preocupación Excesiva			Historia De Abuso Infantil			Tensión Muscular		
Sensación Maníaca			Historia De Abuso Sexual			Dolor En Las Articulaciones		
Confiar En Otras			Violencia Doméstica			Alergias		
Comunicación Con Otros			Pensamientos De Lastimar A Alguien			A Menudo Cometer Errores		
Drogas			Daño A Sí Mismo			Ponerse Nerviosos Frecuentemente		
Alcohol			Pensamientos De Suicidio			Hablar Sin Pensar		
Cafeína			Dormir Demasiado			Esperar Su Turno		
Vómitos Frecuentes			Dormir Poco			Completar Tareas		
Problemas De Alimentación			Para Dormir			Prestando Atención		
Aumento De Peso Severo			Despertarse Demasiado Temprano			Fácilmente Distráido Por Ruidos		
Pérdida De Peso Severa			Pesadillas			Hiperactividad		
Pérdida Del Conocimiento			Lesiones En La Cabeza			Escalofríos o Sofocos		

Historia Familiar con: (marque todas la que apliquen)

Problemas de Drogas y Alcohol		Abuso Físico		Depresión	
Problemas Legales		Abuso Sexual		Ansiedad	
Violencia Doméstica		Hiperactividad		Hospitalización Psiquiátrica	
Suicidio		Problemas de Aprendizaje		Ataque De Nervios	

Cualquier información adicional que le gustaría incluir:
