

Wavecrest, un Ministerio de Consejería de la Comunidad de la Luz Interior

Formulario de cliente nuevo (adulto)

Fecha _____

Instrucciones: Complete este formulario lo mejor que pueda con la información que tenga disponible.

Información general del cliente

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género y pronombres: _____ Edad: _____ #SS: _____

Etnicidad: _____ País de origen: _____ Estado migratorio: _____

Estado Civil (matrimonio): _____ Orientación sexual: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Nivel de educación: _____

Teléfono: _____ Puedo textear? Sí / No Puedo dejar mensaje de voz? Sí / No

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

Referido por: _____ ¿Puedo agradecerle a su Fuente de referencia? Sí / No

Asuntos actuales

En sus propias palabras, describa qué le trae a la terapia en este momento:

¿Ha ocurrido algo que pueda haber provocado o exacerbado sus síntomas? Sí / No

En caso afirmativo, describa las circunstancias o eventos a los que hace referencia: _____

¿Cuándo (mes y año) comenzó a experimentar estos problemas? _____

¿Con qué frecuencia experimenta estos problemas? la mayor parte del día, todos los días / parte del día, todos los días / más de una vez a la semana / más de una vez al mes / Otro: _____

Cuando experimenta estos problemas, ¿qué tan intenso es el malestar que traen? leve / moderada / severa

Varía (explique): _____

Qué áreas de su vida se ven afectadas por estos problemas (marque todas las que correspondan):

la forma en que vive su vida / actividades / relaciones / comer / dormir / humor

Otro: _____

Las cosas especiales y/o importantes de mí son: _____

Síntomas actuales

Instrucciones: Por favor, marque todos los que se aplican a usted.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sentirse deprimido | <input type="checkbox"/> Sentirse “híper” | <input type="checkbox"/> Cambio de apetito: <i>indique más / menos</i> | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Miedo a morir | <input type="checkbox"/> Cambios en el sueño: <i>indique más / menos</i> | <input type="checkbox"/> Mentiras / Deshonestidad | <input type="checkbox"/> Creencias inusuales |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> No poder aferrarse a una idea | <input type="checkbox"/> Pensamientos desagradables | <input type="checkbox"/> Problemas familiares |
| <input type="checkbox"/> Apagones | <input type="checkbox"/> Problemas financieros | <input type="checkbox"/> Espiritual / Religión | <input type="checkbox"/> Carreras del corazón |
| <input type="checkbox"/> Baja energía | <input type="checkbox"/> Abuso (Pasado) | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Alucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Miedo a volverse “loco” | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Problemas con amistades | <input type="checkbox"/> Problemas de relaciones |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Pensamientos malos recurrentes | <input type="checkbox"/> Dolor o pesadez en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Abuso (Pasado) | <input type="checkbox"/> Ira / Frustración | <input type="checkbox"/> Aislamiento / Retirada | <input type="checkbox"/> Creencias que hay alguien que le quiere hacer daño |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Duelo / Afligido emocional | <input type="checkbox"/> Argumentos frecuentes | <input type="checkbox"/> Problemas de padres / hijos |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Malos sueños / Pesadillas | <input type="checkbox"/> Trabajo / Escuela | <input type="checkbox"/> Escalofríos / Sofocos |
| <input type="checkbox"/> Robar | <input type="checkbox"/> Sospechoso / Desconfiado | <input type="checkbox"/> Atestiguar trauma | <input type="checkbox"/> Comportamientos autolesivos |
| <input type="checkbox"/> Poca concentración | <input type="checkbox"/> Problemas de salud físico | <input type="checkbox"/> Tristeza / Pérdida | <input type="checkbox"/> Hormigueo / Entumecimiento en las manos |
| <input type="checkbox"/> Miedo / Fobia | <input type="checkbox"/> Sentirse ignorado | <input type="checkbox"/> Daño / Destruir propiedad | <input type="checkbox"/> Problemas para comer |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento inusual | <input type="checkbox"/> Problemas de imagen corporal | <input type="checkbox"/> Indecisión de carrera | <input type="checkbox"/> Compulsión de juego |
| <input type="checkbox"/> Falta de interés / alegría en vida | <input type="checkbox"/> Perder la noción del tiempo | <input type="checkbox"/> Muerte de un ser querido | <input type="checkbox"/> Dolor físico |
| <input type="checkbox"/> Obsesión / Compulsión | <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="checkbox"/> Dificultades con el peso | <input type="checkbox"/> Compulsión de compras |
| <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Sentirse abandonado | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Compulsión sexual |
| <input type="checkbox"/> Sentirse sin esperanza | <input type="checkbox"/> Comportamiento perfeccionista | <input type="checkbox"/> Experiencia de trauma | <input type="checkbox"/> Otro (s): |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de carreras | <input type="checkbox"/> Problema con la memoria | <input type="checkbox"/> Estrés / Ansiedad / Preocupación | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse “no real” | <input type="checkbox"/> Violencia domestica | <input type="checkbox"/> Comportamientos excesivos | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse sin valor | | <input type="checkbox"/> Autocrítica | |
| <input type="checkbox"/> Desorganizado | | | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse desapegado | | | |
| <input type="checkbox"/> Sentirse culpable / vergonzoso | | | |
| <input type="checkbox"/> Aplazar responsabilidades | | | |

¿Ha pensado en lastimarse a propósito? Sí / No

¿Alguna vez se ha lastimado a propósito? Sí / No

¿Ha pensado en el suicidio? Sí / No

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? Sí / No

¿Ha pensado en lastimar a un ser vivo? Sí / No

¿Alguna vez ha lastimado a un ser vivo? Sí / No

¿Ha pensado en matar a un ser vivo? Sí / No

¿Alguna vez ha matado a un ser vivo? Sí / No

¿Ha peleado físicamente alguna vez? Sí / No

¿Alguna vez ha tenido problemas legales? Sí / No

Si respondió “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor comente a continuación:

Historia de Salud Mental y Médica

Si ha recibido servicios de consejería/ terapia en el pasado, complete los espacios a continuación: [] N / A

Fecha de inicio (mm/aa)	Duración	Nombre del terapeuta	Propósito	Motivo de finalización

Si ha recibido servicios psiquiátricos mientras hospitalizado en el pasado, complete los espacios a continuación: [] N / A

Fecha (mm/aa)	Facilidad / Hospital	Razón

Medicamentos actuales: [] N / A

Fecha de inicio (mm/aa)	Medicamento	Dosis	Tomado con qué frecuencia	Prescrito por	Que trato

Medicamentos psiquiátricos: [] N / A

Fechas de uso (mm/aa)	Medicamento	Interrumpido debido a	Prescrito por	Que trato

Atención primaria actual y / o proveedor(es) médico psiquiátrico: [] N / A

Nombre	Ciudad y estado	Teléfono

Describa cualquier alergia o sensibilidad a los medicamentos que pueda tener:

Esta usted dispuesto a tomar medicamento psiquiátrico? Sí / No

Explique: _____

Describa cualquier historial médico significativo (cirugías, enfermedades, lesiones graves, etc.): [] N / A

Describa cualquier uso actual o anterior de drogas ilegales, productos del tabaco o alcohol: [] N / A

Tipo	Método de uso	Frecuencia	Primer uso	Uso más reciente	Es problemática?
------	---------------	------------	------------	------------------	------------------

Indique a cualquier persona cercana o relacionada con usted que haya tenido problemas de salud mental, salud física o relacionados con el uso de sustancias: [] N / A

Relación	Problema
----------	----------

Circunstancias actuales de la vida

Mis fuentes de satisfacción: _____

Mis fuentes de estrés: _____

Mis actividades de ocio: _____

Mis objetivos de vida actuales: _____

Lo que espero obtener de la consejería / terapia: _____

Por favor, elija las opciones que describen sus arreglos de residencia actuales:

apartamento / casa / condominio / adosado / casa móvil / alojamiento compartido / otro: _____

Soy propietario / Alquiler / Vivo solo / Vivo con la familia / Vivo con amigos / Vivo con compañeros de habitación / Vivo con mi(s) pareja(s)

Otro: _____

Tengo una mascota: Sí / No ¿Qué importancia tienen tus mascotas para tu bienestar? No muy / Algo / Muy

Indique los nombres / edades / tipos de sus mascotas (Ejemplo: Sofi / 12 / gata):

Las personas significativas en mi vida que viven conmigo son: [] N / A

Nombre	Edad	Relación conmigo	¿Problemas?

Las personas significativas en mi vida que viven lejos de mí son: [] N / A

Nombre	Edad	Relación conmigo	¿Problemas?

Los problemas / cambios en mis relaciones personales o laborales que afectan mi bienestar incluyen: [] N / A

Nombre	Relación conmigo	Problema	Fecha de inicio

Los problemas / cambios en mi funcionamiento ocupacional, educativo, social o recreativo que afectan mi bienestar incluyen: [] N / A

Área	Problema	Fecha de inicio

Mi día / horario típico es el siguiente (adjunte hojas adicionales, si es necesario):

Familia de Origen / Historia del Desarrollo

Enumere los miembros de su familia de origen que vivieron en el hogar de su infancia incluyendo a sus edades actuales. (Ejemplo: abuela materna (fallecida), madre (50 años), padre (49 años), hermana (29 años), yo (29 años))

Describa lo siguiente de su familia de origen en estas áreas:

Estado financiero / nivel de ingresos: _____

Estado social en la comunidad: _____

Religión / Prácticas Religiosas: _____

Valores más importantes: _____

Mejor recuerdo de estar en familia: _____

Peor recuerdo de estar en familia: _____

Crisis u otros eventos significativos:

Enfermedad emocional, psicológica o física:

Estilos de crianza (¿quién hizo qué y cómo?):

Estilos de comunicación (quién habló, quién no, cómo, cuales cosas/ asuntos que no se hablaban, hubo secretos):

Usando 3 palabras o menos (Ejemplos: cercano, conflictivo, celoso, enojado, abusivo, amoroso, intrusivo), describe sus relaciones de su juventud y relaciones actuales con cada una de las siguientes personas. Para relaciones más recientes que han sufrido un cambio, por favor indique fechas aproximadas. Agregue otras personas/ relaciones importantes en su vida.

Persona	Relación durante la juventud	Relación hoy en día
Madre		
Padre		
Padraastro		
Madrastra		
Hermano/a		
Hermano/a		
Cónyuge		
En leyes		
Hijo/a		
Hijo/a		
Hijastros		

Comentarios: describa cualquier factor que haya tenido un impacto significativo en su desarrollo (desde el nacimiento hasta la edad adulta) durante su infancia y adolescencia (por ejemplo, enfermedades, muerte de un padre, abuso sexual, separación de los cuidadores primarios). Incluya por favor cómo cree que estos impactos le afectaron.

Comentario general, asunto de importancia que no haya indicado aun: _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario! Por favor, firme abajo para indicar que la información incluida aquí es un retrato *preciso, honesto, y completo* de su vida y experiencias y se basa en su aporte personal.

Nombre

Firma

Fecha