



## **ENCUESTA INICIAL**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION PARTICULAR**

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Etnicidad \_\_\_\_\_ Idioma preferida \_\_\_\_\_ Nivel de Escuela cumplido \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio de casa: \_\_\_\_\_

Empleo (*responsabilidades, lugar, por cuanto tiempo*): \_\_\_\_\_

**Estado de relación** (*soltero, en relación, casado, vivir con pareja, separado*): \_\_\_\_\_

**Hijos** (*dar nombres, edades, estado de vivienda*)

Otros adultos en casa: (*dar nombres, relación, tiempo de vivir en casa*)

**Contacto de Emergencia:** Nombre/Relación: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

¿Esta involucrado en litigio (*demanda legal, divorcio, custodia de hijos, proceso en la corte, daños personales*) ahora o existe posibilidad en el futuro? \_\_\_\_\_

### **THERAPY INFORMATION:**

¿Quién lo recomendó? \_\_\_\_\_

Consejería previa: \_\_\_\_\_

Propósito de buscar terapia (*¿qué quiere lograr?*) \_\_\_\_\_

### **PREOCUPACIONES ACTUALES:** Por favor identifica cualquier síntoma preocupante abajo:

Aislarse	Bulimia	Depresión	Duda	Indeciso	Pesadillas	Problemas sexuales
Alergias	Cambios de apetito	Desenfocado	Energía baja	Insomnio	Problemas para dormir	Proceso de duelo
Alucinaciones	Cambios de humor	Desesperado	Enojo/Ira	Irritable	Problemas de empleo	Temeroso
Anorexia	Comer en exceso	Dificultades entre compañeros	Episodios de llanto	Migrañas	Problemas de familia	Tensión
Ansiedad	Compulsiones	Dolor de cabeza	Estrés	Motivación bajo	Problemas escolares	Trauma
Asma	Corazón acelerado	Dolor crónico	Fobias	Obsesiones	Problemas legales	Violencia doméstica
Ataque de pánico	Cuestión de genero	Dolor de estomago	Hiperactivo	Pensamientos suicidas	Problemas de relación	

Si nota otro, por favor describir: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD**

Salud física actual, y cambios de salud

Ultimo reviso físico con medico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamento actual \_\_\_\_\_

Médico encargado de medicamentos: \_\_\_\_\_

**ADICCIONES:** (*detalle anterior, actual, recaída, sobriedad*)

**Sustancias** tal como alcohol, drogas, o fumar: \_\_\_\_\_

**Conductual** tal como ir de compras, las redes sociales, pornografía, video juegos, juego: \_\_\_\_\_

**APOYO DE FAMILIA Y COMUNIDAD**

¿Tiene personas en su familia o comunidad quien lo apoyan? \_\_\_\_\_

¿Recibe apoyo de grupos religiosos o espirituales? \_\_\_\_\_

**FORTALEZAS:**

¿Qué lo ayuda para continuar durante tiempos difíciles? \_\_\_\_\_

¿Cuáles recursos necesita para ayudarlo alcanzar sus metas? \_\_\_\_\_

**Apuntes clínicos/(MSE):**