



Fecha de hoy: _____

ENCUESTA

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ F.D.N. ____/____/____ Género _____
(Fecha de Nacimiento)

Domicilio _____

Teléfono principal _____ (otro) _____ (otro) _____

Correo Electrónico (opcional) _____

Identidad Etnica _____ Ultimo Nivel de Educación _____

Empleo Actual _____

Estado de Relación (*soltero/a, casado/a, separado/a, etc.*): _____

Hijos:	
Nombre	edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Otros adultos en casa:		
Nombre	relación	tiempo vivir juntos
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Contacto de Emergencia/Relación: _____ Teléfono: _____
Recomendado por (*quien lo recomendó*): _____

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

META DE CONSEJERIA: ¿Cuales son sus preocupaciones actuales? ¿Cómo será diferente su vida si estas se resolvieran?

HISTORIA DE SALUD (salud física actual, cambios de salud) Ultimo reviso físico con medico: _____

Por favor detalle información actual o pasado de medicamentos _____

Médico encargado de medicamentos: _____

ADICIONES: incluyen Sustancias (alcohol, drogas, tabaco) y Comportamiento (internet, pornografía, postar) detallar pasado o presente y sobriedad

PREOCUPACIONES ACTUALES: Por favor identifica los síntomas preocupantes:

Aislarse	Bajo energía	Dificultad de dormir	Hiperactividad	Obsesiones
Alucinaciones	Bulimia	Dolores de cabeza	Insomnio	Palpitaciones
Anorexia	Cambios de apetito	Dolor de estomago	Intento de suicidio	Pesadillas
Ansiedad/tensión	Cambios de humor	Duda propia	Llora	Problemas sexuales
Asunto de género	Compulsiones	Duelo	Miedos	Relaciones
Asuntos sociales	Delusiones	Enojo	Molesto	Sobre comer
Ataques de pánico	Depresión	Escuela/trabajo	Motivación baja	Uso de drogas
Bajo auto estima	Desorden evacuación	Estrés	No enfocarse	Violencia Doméstica

Comentarios: _____

Apuntes Clínicas/ Sesión Inicial: