



Cuestionario de Admisión del Paciente

Favor de completar la información a continuación y tráigala con usted a su primera sesión.
Tenga en cuenta: la información proporcionada en este formulario está protegida como información confidencial.

Información Personal

Fecha de hoy: _____

Nombre (Ultimo, primero, inicial del segundo nombre) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico alternativo: _____

Favor de indicar los medios por los cuales prefiere ser contactado, puede marcar más de uno.

- Teléfono Texto Correo electrónico Correo regular

Si prefiere que lo contactemos a un número de teléfono, correo electrónico o dirección diferente al que se menciona anteriormente proporcione esa información aquí: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Género

Mujer Hombre Transgénero (Hombre trans Mujer trans)

Género no conforme Otro: _____

Orientación

Derecho Gay Lesbiana Bisexual Asexual

Queer Interrogatorio Otro _____ Prefiero no contestar

¿Qué tipo de servicios estás buscando actualmente?

Terapia individual Matrimonial/Terapia de parejas Terapia familiar

Otro (describa) _____ Inseguro

Objetivos del Tratamiento

Que le impulsó a buscar terapia en este momento?

Describa sus inquietudes, problemas o problemas actuales que espera resolver:

Que espera ganar de la terapia?



Estado Civil

Está usted actualmente casado/a o en una relación? Si No

En caso afirmativo, como describiría su nivel actual de satisfacción con la relación?

Se a casado anteriormente? Si es así, cuando?

Nombre de la persona que identifica como su pareja.

Si está casado o en una relación, califique su nivel de satisfacción/felicidad/satisfacción en la relación en una escala del 1 al 10 (El número 1 indica una sensación de ser muy o extremadamente feliz, y el número 10 indica una sensación de ser extremadamente infeliz). Explique brevemente la calificación que otorga en el espacio provisto:

En una escala del 1 al 10 describa su nivel de compromiso con su relación. (El número 1 indica una sensación de estar muy comprometido y el número 10 indica una sensación de no sentirse del todo comprometido). Explique brevemente la calificación que otorga en el espacio provisto:

Fuente de Ingreso

- Empleo Desempleo Cónyuge/Otro significativo
 Seguridad Social Corto Plazo- Incapacidad Otro _____

Estado de Empleo

- Trabajando a tiempo completo Trabajando a tiempo parcial
 Retirado En licencia médica
 Desempleado y buscando trabajo No empleado por otras razones.
 Estudiante a tiempo completo Estudiante de medio tiempo

Nivel más Alto de Educación

- Primaria Algún Instituto Diploma de Secundaria/GED
 Alguna educación superior (no graduado) Graduado de la Escuela Técnica/ Comercial
 Grado Asociado Licenciatura Maestría
 Grado Profesional (MD, JD, etc.) Doctorado (PhD, EdD, etc.)

Historia Militar

- Actualmente en servicio activo Servicio en la milicia Nunca servido

Número de semanas, meses, o años servidos: _____



Si ha servido en el ejército donde nunca se desplegó? Si No

En caso afirmativo, favor de describir cualquier problema que le haya surgido durante o después de la despliegación: _____

Historia Legal

La corte le ha ordenado participar en esta terapia? Si No

En caso afirmativo, es posible que deba proporcionar documentación de respaldo como una copia de la orden judicial.

Actualmente está involucrado en cualquier tipo de litigio o disputa legal? Si No

En caso afirmativo, explíquelo por favor (i.e., Disputa de custodia, procedimiento de disolución, etc.): _____

Información de Contacto en caso de Emergencia.

Con quien prefiere que me comunique en caso de emergencia?

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información Referencial

Si fue referido, por quién? _____

Información de Pago

Actualmente tengo un proveedor contratado con Beacon Health Options, Cigna/Evernorth, Curalinc EAP, Kaiser (requiere autorización), Magellan (incluyendo Blue Shield de California), New Directions EAP, y Optum (incluyendo UnitedHealthCare, UMR, y Sutter Select).

Por favor Indique cómo piensa pagar el tratamiento.

Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito PayPal/Venmo Tercero

Si un tercero pagará su tratamiento, favor de proporcionar la siguiente información:

Nombre de la persona u organización que paga su terapia: _____

Su relación con esta persona u organización: _____

Información de contacto de esta persona u organización: _____

Historial PREVIO de Tratamiento de Salud Mental

Has participado previamente en terapia? Si No

En caso afirmativo, proporcione cualquier información que le gustaría compartir, incluyendo los nombres de los proveedores, la información de contacto, las fechas de servicio y el tratamiento de enfoque.



Alguna vez ha sido hospitalizado debido a un trastorno de salud mental? Yes No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

La hospitalización fue voluntaria o involuntaria? Voluntaria Involuntaria

Por cuanto tiempo estuvo hospitalizado? _____

Donde estuvo hospitalizado? _____

Curso de tratamiento durante la hospitalización: _____

Proporcione el/los nombre (s) del proveedor(es) que lo/a trató

Tratamiento ACTUAL de salud mental

Participa actualmente en terapia o asesoramiento? Si No

En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre (s) de sus proveedores actuales, información de contacto, fecha de tratamiento y enfoque de tratamiento. _____

*** Si actualmente recibe servicios terapéuticos de otro psicoterapeuta, puede ser necesario que me comunique con su psicoterapeuta actual para coordinar la atención y evitar la duplicación de servicios. Es posible que deba firmar un "Formulario de autorización de divulgación de información confidencial" que se le proporcionará y mantendrá como parte de su registro clínico junto con este formulario de admisión de paciente. Favor de poner sus iniciales para indicar que comprende este párrafo: _____**

Si actualmente está bajo el cuidado de un psiquiatra, está tomando algún medicamento(s) psiquiátrico prescrito? Si No

Si indicó que actualmente está tomando medicamentos psiquiátricos, favor de indicar el tipo de medicamento, el medicamento específico que le han recetado, la dosis y cualquier efecto secundario: Por ejemplo: "Antidepresivo (tipo), Zoloft (medicación específica), 50mg una dosis diaria), Insomnio (efecto secundario)."

Si está actualmente bajo el cuidado de un psicólogo, ha participado en alguna evaluación o prueba psicológica? Si No



Si a participado en pruebas psicológicas, indique el tipo de prueba realizada, el nombre específico de la prueba, las fecha(s) donde se administró la prueba, Por ejemplo: "Test de personalidad (Tipo), Minnesota Multifasico, Inventario de Personas "MMPI-2" (Nombre específico de prueba), Febrero 01, 2017 (Fecha en que se administró la prueba)."

***Sección del Código Civil de California, 56.10 Establece que la información puede divulgarse a "Proveedores de atención medica u otros profesionales o centros de atención medica con fines de diagnóstico o tratamiento del paciente" sin el consentimiento del paciente. Al poner su inicial, Usted reconoce y comprende que puedo comunicarme con su proveedor de atención médica actual o anterior solo para discutir asuntos relevantes para su diagnóstico y tratamiento sin su consentimiento. Inicial:** _____

Información de Tratamiento Médico

¿Está actualmente buscando tratamiento para una afección médica no psiquiátrica grave o crónica?

Si No

En caso afirmativo, favor de proporcionar cualquier información que le gustaría compartir, incluyendo los medicamentos para las afecciones médicas, nombre(s) del proveedor (es), información de contacto, fechas de servicio, y pronóstico.

Historia de Trauma

A sido,- o está siendo actualmente - emocionalmente, físico o sexualmente abusado/a?

Si No Prefiero no contestar

En caso afirmativo, proporcione cualquier información que desee compartir con las circunstancias subyacentes.

Información de la Familia de Origen.

Fue adoptado? Si No En caso afirmativo, a qué edad fue adoptado? _____

Si fue adoptado, tiene una relación con su madre/padre biológicos? Si No

Alguno de sus padres (biológicos o adoptados) está separado o se volvió a casar? Si No

Algunos de sus padres (biológicos, adoptivos, o hermanastro/as) han fallecido? Si No

Qué tipo de relación tiene/tuvo con sus padres (biológicos, adoptados, o padrastro/madrastra)?



Tiene algún hermano/a (biológico, adoptado/a, medio hermano/a, hermanastro/a)?

Si No Cuantos? _____

Favor de proporcionar cualquier información adicional que le gustaría compartir sobre los padres, hermanos o la experiencia familiar de la infancia.

Evaluación Mental/ Evaluación de Riesgos

Favor de identificar si ha experimentado alguno de los siguientes problemas. Si este es un problema pasado, actual o recurrente:

Pensamientos suicidas:

Pasado Presente Recurrente

Pensamiento de querer dañarse intencionalmente:

Pasado Presente Recurrente

Pensamiento de querer causar daño intencionalmente a otra persona:

Pasado Presente Recurrente

Estrés Post-Traumático:

Pasado Presente Recurrente

Si actualmente tiene pensamientos de hacerse daño a usted mismo/a o a otra persona, responda las siguientes preguntas:

Cuanto tiempo ha tenido estos pensamientos? _____

Con que frecuencia tiene estos pensamientos? _____

Tiene un plan y/o los medios para llevar a cabo la amenaza de daño a usted mismo o a otra persona?

Alguna vez ha tratado de lastimarse a usted mismo o a alguien más en el pasado?

Hay algo que pueda detener o evitar que se haga daño a usted mismo o a otra persona?

Si nada puede prevenir el lastimarse a usted mismo o a otra persona, por favor identifique que tan probable es que pueda lastimarse a sí mismo o a otra persona.

Definitivamente probable No es probable



Historial de uso de Alcohol/Sustancias

Por su conocimiento, algún miembro(s) de la familia lucha o lucho con el abuso o adicción al alcohol/sustancias: _____

Usted, lucha o lucho con el abuso o adicción al alcohol/sustancias: Si No

Por favor indique su estado actual de uso de sustancias:

- Sin historial de uso Uso activo de alcohol o drogas
- en remisión completa temprana En remisión completa temprana
- en remisión completa sostenida En remisión parcial sostenida

Si indico que tiene un historial de abuso de alcohol/sustancias o adicción, favor de identificar los tipos o tratamientos en los que a participado o en el que esta participando actualmente.

- Tratamiento ambulatorio Tratamiento impaciente Programa de 12 pasos.
- Deje de usar por mi cuenta. Otro método: _____

Fue efectivo el método de tratamiento anterior? Por favor explique: _____

Por favor verifique y brinde detalles sobre los tipos de sustancias que esta usando actualmente:

- Opioide(s): Clasificación: _____ Duracion de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Heroína: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Cigarros/Tabaco: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Alcohol: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Anfetaminas: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Barbitúricos: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Cocaína: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Grieta: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Alucinógenos: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Inhalantes: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Marihuana: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____
- Otro: Duración de uso: _____ Frecuencia de uso: _____

Si a infringido que a estado usando o esta usando sustancias, por favor indique los efectos secundarios y/o consecuencias que experimento o esta experimentando como resultado del uso.

- Sobredosis Suicidal / Impulso suicida Depresión
- Ansiedad Apagones Perdida de control
- Condiciones Médicas Otro _____



Historia Espiritual/Cultural

Te identificas con una religión, cultura, o practica espiritual en particular?

Alguna cuestión religiosa, cultural o espiritual contribuye a sus inquietudes, preocupaciones o problemas actuales?

Información Adicional

Por favor hágame saber sobre cualquier cosa que no se haya abordado en esta entrada o cualquier cosa que le gustaría que yo supiera sobre usted, sus objetivos, sus relaciones, o cualquier evento importante de la vida reciente.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Abraham Aviles-Scott's : _____

Fecha: _____