

Nombre del cliente: Apellido _____ Primero _____ Medio _____

Fecha de nacimiento: __/__/__

Describe los problemas con los que desea ayuda: _____

¿Cómo ha afectado este problema su vida en las siguientes áreas?

1. Familia _____

2. Trabajo _____

3. Social _____

4. Recreativo _____

5. Salud _____

6. Espiritualmente _____

¿Por cuanto tiempo has tenido este problema? _____ Enumere cualquier evento importante en

su vida que pueda estar relacionado con este problema:

¿Qué tan serio es este problema? levemente moderadamente muy extremadamente totalmente

¿Qué has intentado hacer para resolver este problema? _____

¿Qué ha sido exitoso? _____

¿Ha recibido asesoramiento / terapia en el pasado? si No

¿Si es así, donde? _____ ¿cuando? _____ ¿Qué fue útil sobre el asesoramiento?

_____ ¿Qué no fue útil sobre el asesoramiento?

ESTADO CIVIL:

Soltero

Casado

Divorciado

¿Cuánto tiempo? _____

Previamente casado - ¿Cuántas veces? _____

Vivir con alguien: ¿cuánto tiempo? _____

Separado - ¿Cuánto tiempo? _____

Viudo - ¿Cuánto tiempo? _____

HISTORIA FAMILIAR:

¿Quién te crió? _____

Si hubo cambios, indique e indique la edad que tenía cuando ocurrieron estos cambios:

##de hermanos _____ # hermanos _____ # hermanas _____

En orden de rango de mayor a menor, ¿cuál es su lugar en el orden? _____ ¿Con qué miembros de tu familia estás cerca?

_____ ¿Hay algún familiar que sea un problema para usted?

_____ Indique otras personas en su vida que le brindan apoyo: _____

_____ Elija las cinco palabras que mejor describan su infancia 1

_____ 2 _____

3. _____ 4. _____ 5. _____

Marque cualquier problema que los miembros de la familia tengan / hayan tenido e indique la relación:

	<u>Relación contigo</u>
Arrestos / condenas _____	_____
Alcoholismo _____	_____
Depresión _____	_____
Violencia _____	_____
Drogadicción _____	_____
Abuso / Adicción Sexual _____	_____
Otros problemas mentales / emocionales (enumere a continuación)	
_____	_____
_____	_____

Marque cualquiera de los siguientes que se aplican a su infancia / adolescencia:

- | | | |
|------------------|----------------------|--------------------|
| Infancia feliz | Problemas escolares | Problemas médicos |
| Infancia infeliz | Problemas familiares | Consumo de alcohol |

El consumo de drogas

Detenciones / condenas

Baja autoestima

Victima de:

Pasado actual

Actual

Pasado

Abuso sexual _____

Abuso físico _____

Violencia doméstica _____

Abuso emocional _____

HISTORIA EDUCACIONAL:

Nivel más alto de educación _____ Curso de estudio _____ Fortalezas académicas:

_____ Retos académicos:

SALUD FISICA Y MENTAL:

¿Cómo calificaría su salud actual? _____ Muy pobre 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy bueno _____

¿Qué hace para cuidarse físicamente? _____ Enumere los problemas de salud actuales para los que está recibiendo tratamiento: _____

_____ Enumere los medicamentos recetados actualmente; Incluya la dosis y la razón para tomar:

_____ ¿Cuál es su consumo actual de alcohol?

_____ ¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol en el pasado? si

No

En caso afirmativo, explique: _____ ¿Cuál es su uso actual de drogas ilegales u otras?

_____ ¿Ha sido arrestado por delitos relacionados con el alcohol / drogas? si No

¿Si sí, cuándo? _____

¿Ha recibido tratamiento por problemas con el abuso / dependencia del alcohol? si No _____ ¿Si sí, cuándo? _____

¿Tienes antecedentes de consumo de drogas? si No

¿Ha recibido tratamiento por abuso / dependencia de drogas? si No _____ ¿Si sí, cuándo? _____

¿Alguna vez ha perdido un trabajo / relación debido al uso de alcohol / drogas? si No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Indique cualquiera de lo siguiente que se aplique a usted:

<u>Actual</u>	<u>PAGS_{ast}</u>	
___	___	Pensamientos de suicidio
___	___	Plan para el suicidio
___	___	Intento de suicidio
___	___	Dañarte deliberadamente
___	___	Pensamientos de lastimar a alguien más

GRAVEDAD DEL PROBLEMA: 0 = SIN PROBLEMA 5 = DESACTIVAR	INDIQUE CUALQUIER PROBLEMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:	EXPLIQUE
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Duerme demasiado	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Duerme muy poco	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Sueño interrumpido	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Otros problemas para dormir	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Memoria	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Concentración	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Atención	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Pérdida de interés en las actividades habituales.	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Sentimientos de tristeza	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Pérdida de energía	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Sentirse cansado todo el tiempo	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Períodos de llanto	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Sentimiento de desesperanza	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Pérdida del deseo sexual	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Estallidos de ira	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Cambio en el apetito	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Escuchar voces cuando no hay ninguna persona presente	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Incapaz de recordar periodos de tiempo en la infancia después de los 5 años	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Incapaz de recordar algún periodo de tu día	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Caminando en el sueño	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Pesadillas	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Miedos abrumadores	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Pensamientos de carreras	
GRAVEDAD DEL PROBLEMA: 0 = SIN PROBLEMA 5 = DESACTIVAR	INDIQUE CUALQUIER PROBLEMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS: EXPLIQUE	
0 0 1 2 3 4 4 5 5	Pensamientos de dañar a alguien más	

0 0	1	2	3	4 4	5 5	Pensamientos de hacerte daño
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Pensamientos de que alguna persona o personas están tratando de hacerte daño
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Sentimientos de ser controlado por fuerzas externas a ti
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Sentirse obligado a repetir actividades sin razón
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Incapaz de relajarse
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Apagones
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Sudoración excesiva
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Muerte de familiares o amigos.
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Ataques de pánico
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Cambios de humor
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Gastar juergas
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Cambios en el nivel de energía.
0 0	1	2	3	4 4	5 5	Otro:

HISTORIAL DE TRABAJO:

Ocupación habitual: _____ Actualmente está empleado: Sí

No Período de tiempo: _____

Salario anual \$ _____ ¿Está experimentando algún estrés financiero? En caso afirmativo, explique

_____ Si ha cambiado de trabajo durante los últimos cinco años,

indique la duración del empleo y la razón para dejar el trabajo: _____

_____ ¿Está satisfecho con su situación laboral? si

No

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Califique cada una de las siguientes áreas problemáticas que han estado presentes durante el año pasado o las que ocurrieron antes de un año si claramente contribuyen a las razones para buscar tratamiento. Por favor escriba el problema específico:

0 = Sin problema significativo 1 = Problema leve o transitorio 2 = Moderado 3 = severo 4 = Extremo 5 = Catastrófico
N / A = Desconocido o no se puede clasificar

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas con el grupo de apoyo primario:** Muerte de un familiar, separación, divorcio, remoción de la casa, abuso sexual o físico, discordia en la familia con los hermanos de los padres u otros eventos similares.

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas relacionados con el entorno social:** muerte o pérdida de un amigo, viviendo solo, discriminación, ajuste a las transiciones del ciclo de vida, como salir de casa o jubilarse.

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas educativos** Incapaz de leer, problemas académicos, discordia con los maestros o compañeros de clase _____

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas ocupacionales:** Desempleo, amenaza de pérdida de trabajo, horario estresante de trabajo, discordia con el jefe o compañeros de trabajo. _____

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas domésticos:** Sin hogar, vecindario inseguro, discordia con los vecinos o el propietario.

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas económicos:** No hay suficiente dinero para pagar facturas, comida y alquiler. _____

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas con el acceso a los servicios de atención médica:** Atención médica inadecuada, transporte a centros de salud no disponibles, seguro de salud inadecuado. _____

0 1 2 3 4 5 N / A **Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal / delito:** Arresto, encarcelamiento, litigio, víctima de un delito. _____

0 1 2 3 4 5 N / A **Otros problemas psicosociales y ambientales:** Exposición a desastres, discordia con cuidadores no familiares como consejeros, trabajadores sociales o médicos, falta de disponibilidad de agencias de servicios sociales. _____

¿Hay algo más que le gustaría compartir para ayudar a comprender mejor su situación?

¿Qué le gustaría obtener como resultado del asesoramiento?

Si tuvieras 3 deseos, ¿cuáles serían?

1. _____

2. _____

3. _____ ¿Eres receptivo a recibir soluciones bíblicas como parte de

tu tratamiento? si No

¿Cuál es su trasfondo religioso? _____