

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Toda información es confidencial

Información General

Fecha _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo Femenino Masculino

A quién podemos contactar en caso de emergencia _____

Teléfono # _____ Relacion _____

Nombre de su Doctor Familiar _____

Nombre de otro Médico/Terapeuta _____

Farmacia

Nombre/ Ubicación/Teléfono _____

¿Tiene un plan WRAP(Plan de acción para la recuperación del bienestar)? No Si

¿Tiene declaración de voluntad? No Si

1. Para ayudarnos a entender mejor las preocupaciones que usted pueda tener, por favor marque con un círculo cualquiera de los siguientes problemas que relacione con usted:

Nerviosismo	Coraje	Soledad
Depresión	Dificultad para controlarse	Sentimientos de inferioridad
Miedo	Infelicidad	Concentración
Timidez	Problemas para Dormir	Educación
Problemas sexuales	Estrés	Opciones de carrera
Pensamientos suicidas	Trabajo	Problemas de salud
Separación	Ser padre/madre	Rabietas
Divorcio	Dolores de cabeza	Pesadillas
Finanzas	Cansancio	Matrimonio
Consumo de drogas	Asuntos legales	Niños
Uso de alcohol	Energía	Apetito
Pensamientos Negativos	Toma de decisiones	Problemas de Estómago

2. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de salud mental o abuso de sustancias? No Si

Paciente interno Paciente externo

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

3. ¿Cuándo fue visto por un profesional de salud mental por última vez? No aplica

4. ¿Usted bebe alcohol? No Si

Tipo _____ Cantidad _____ Ultima Bebida _____

5. ¿Alguna vez ha tenido problemas con el alcohol? No Si

Describe _____

6. ¿Alguna vez ha tenido problemas con el abuso de sustancias (aparte del alcohol)? No Si

Describe _____

7. ¿Utilizas tabaco en cualquier forma?

No Si Describe _____

8. Consumo de cafeína actual (Soda, café, té, té helado, etc.)? No Si

Cantidad _____

9. ¿Toma medicamentos? Por favor incluya medicamentos de venta libre que no requieren prescripción médica (OTC), preparaciones a base de hierbas, suplementos dietéticos, etc.? No Si

Medicación Dosis Frecuencia Razón ¿Quién la prescribe?

10. ¿Tiene algún problema de salud? No Si

Por favor haga una lista de sus problemas médicos:

11. ¿Ha tenido alguna hospitalización por problemas severos salud, no psiquiátrico? No Si

Lugar

Año

Razón

12. Altura _____ Peso _____

13. ¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a medicamentos? No Si

Por favor escriba una lista

Medicamento

Síntoma

14. ¿Tiene alguna otra alergia o sensibilidad (por ejemplo, medio ambiente, comida, colorante, látex, etc.)

No Si Describa _____

15. En el pasado, ¿alguna vez ha tomando medicamentos para la ansiedad, la depresión, el insomnio, etc.?

No Si

En caso afirmativo,

Medicamento ¿Cuándo lo tomó? ¿Cuánto tiempo lo usó? Efectividad Efectos Secundarios ¿Por qué fue Descontinuado?

16. ¿Tiene historia familiar de enfermedad mental o abuso de sustancias? No Si

Describe _____

Para ayudar a completar una evaluación integral, es necesario hacer las siguientes preguntas con respecto a temas culturales / espirituales.

17. ¿Con qué sistema de apoyo actual se identifica? (Familia, amigos, iglesia, valores culturales & creencias, compañeros de trabajo, actividades y pasatiempos) _____

18. ¿Cuál es su afiliación religiosa? _____

19. ¿Qué papel desempeña su religión / espiritualidad en su vida?

Positiva Negativa Neutral

20. ¿Existen cuestiones espirituales o culturales que, a su juicio, deban tenerse en cuenta en

Su tratamiento No Si En caso afirmativo, favor de identificarlo

Para fines estadísticos/financiación, complete las siguientes preguntas:

Ethnicidad: Asiático/ Islas del Pacífico Afroamericano Hispano De Raza Mixta

Nativo Americano Otro Desconocido Americano

Marque con un círculo su sistema de ingresos y escriba la cantidad que recibe:

Anual Mensual Semanal

\$ _____

¿A cuántas personas mantiene en el hogar? (incluyéndose a usted) _____

Firma _____

Firma del padre / tutor legal / Para clientes menores de 14 años

Fecha

