

# CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Toda información es confidencial

## Información General

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo  Femenino  Masculino

Identidad de Genero:

Femenino  Masculino  Intersexual  No Binario  Transgenero  Otro  Prefiero No Responder

Orientacion Sexual:

Bisexual  Gay/Lesbiana  Hetrosexual  Pansexual  Otro  Prefiero No Responder

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:

Ansiedad	Niños/Niñas	Soledad
Depresión	Enojo / Coraje	Concentración
Miedo	Autocontrol	Educación
Problemas sexuales	Dormir	Eleccion de trabajo/carrera
Pensamientos suicidas	Estrés	Problemas de salud
Separación/Divorcio	Asuntos legales	Pesadillas
Finanzas		

Otros (por favor explique) :

---

---

---

---

2. Marque cualquiera de las siguientes necesidades sociales que están afectando su capacidad para mejorar la calidad de su vida:

Inestabilidad de Vivienda	Familia/Apoyo Comunitario
Necesidades de ayuda de servicios públicos	Uso de sustancias
Empleo	Problemas de transporte
Actividad física	Tensión financiera
Inseguridad Alimentaria	Educación
Seguridad Interpersonal	Discapacidad

3. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de salud mental o abuso de sustancias?  No  Si  
 Paciente hospitalizado  Paciente ambulatorio

4. ¿Usted bebe alcohol?  No  Si

Tipo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Ultima Bebida \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha tenido problemas con el alcohol o alguna sustancia de abuso?  No  Si

Describe \_\_\_\_\_

6. ¿Utilizas tabaco en cualquiera forma?  No  Si

Describe \_\_\_\_\_

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

Cantidad \_\_\_\_\_

8. ¿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

<u>Medicación</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Razón</u>	<u>¿Quién la prescribe?</u>
-------------------	--------------	-------------------	--------------	-----------------------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

9. ¿Tiene algún problema de salud?  No  Si

Por favor haga una lista de sus problemas médicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Ha tenido alguna hospitalización importante no psiquiátrica?  No  Sí

11. Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

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

Por favor liste:

**Medicamentos**

**Síntoma**

---

---

---

13. 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?

---

---

---

---

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

Describa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

16. ¿Cuál es su afiliación religiosa? \_\_\_\_\_

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

Positiva  Negativa  Neutral

18. ¿Hay algún problema espiritual o cultural que sienta que debe tenerse en cuenta en su tratamiento?

No  Si En caso afirmativo, favor de identificarlo:

---

---

---

19. ¿Con qué origen étnico se identifica? (Por favor elige uno)

- Asiático / Isleño del Pacífico    Negro    Hispano    Razas mixtas  
 Nativo Americano    Otro    Desconocido    Blanco

20. Ingresos del hogar (como agencia sin fines de lucro, utilizamos esta información solo con fines de financiación; toda la información es confidencial).

Elija uno (Ingresos totales que gana el hogar):

- Anual  
 Mensual  
 Semanal

Monto total de ingresos \$ \_\_\_\_\_

Apoyando a cuántos en el hogar (incluyéndote a ti mismo)

- 1 -Tú mismo  
 2    3    4    5    6    7    8 o más

---

Firma del cliente

Fecha

---

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

Fecha

**Gracias por tomarse el tiempo para completar estos documentos. Esta información es muy útil para que su terapeuta lo ayude en su tratamiento.**