



## FORMULARIO CONFIDENCIAL DE ADMISIÓN

### INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Alias o nombre preferido: \_\_\_\_\_

Etnicidad:

- Asiático
- Biracial/Bicultural
- Afroamericano
- Caucásico
- Hispano/Latino
- Otro

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apartamento/Unidad #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Podemos enviar correspondencia: Sí / No

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarle a este número? Sí / No ¿Mensajes? Sí / No

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarle a este número? Sí / No

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarle a este número? Sí / No

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ ¿podemos contactarle? Sí / No

Empleador: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo ha trabajado aquí: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Promedio de horas trabajadas por semana: \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación completado: \_\_\_\_\_ ¿Está estudiando actualmente? Sí / No

¿En qué nivel? \_\_\_\_\_ Grado Académico a alcanzar: \_\_\_\_\_

¿Asiste usted regularmente a un lugar de adoración? Sí / No. ¿Dónde? \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia, contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN RELACIONAL

- Estado Relacional:
- Soltero
- Noviazgo
- Comprometido
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Conviviendo sin estar casado
- Compañerismo
- Indefinido
- Viudo

¿Por cuánto tiempo ha estado bajo ese estado? \_\_\_\_\_

Cantidad de matrimonios anteriores para usted \_\_\_\_\_ Para su compañero/esposo \_\_\_\_\_

Nombre de su compañero/esposo: \_\_\_\_\_ Edad de su compañero/esposo: \_\_\_\_\_

¿Apoya su compañero/esposo que asista a consejería?

- Sí
- No
- Inseguro
- Él/Ella no lo sabe

¿Con quién vive usted actualmente? (Marque todo a lo que aplica)

- Solo
- Esposo
- Hijos
- Padres
- Familiares
- Novio
- Novia
- Compañero de Habitación
- Otro: \_\_\_\_\_

### Lista de sus hijos (incluyendo a los hijastros, adoptados, fallecidos)

NOMBRE	SEXO	EDAD O AÑO DE FALLECIMIENTO	RELACIÓN CON USTED	¿CON QUIÉN VIVE?

¿Ha dado algún hijo en adopción? Sí No. ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Ha tenido algún pérdida de bebé o aborto médico Sí No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_



Lista de todos los medicamentos actuales que está tomando, incluyendo los que apenas usa o toma solo cuando los necesita: *(escriba al dorso si es necesario)*

DOCTOR & NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	RAZÓN POR TOMARLO

¿Está usted actualmente experimentando pensamientos suicidas?

- Sí
- No

¿Los ha experimentado en el pasado?

- Sí
- No

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

- Sí
- No

¿Cuándo y cómo?

---

---

¿Alguno de sus amigos o familia llegaron a cometer o intentaron suicidarse?

- Sí
- No

¿Cuándo y quien?

---

---

## PROBLEMAS PRESENTES

Marque cualquiera de los siguientes síntomas o problemas que está experimentando actualmente o que ha experimentado en el pasado.

Estrés	Temores	Controlado por otros
Ansiedad o preocupación	Timidez	Pensamientos obsesivos
Pánico	Baja auto-estima	Conductas compulsivas
Depresión	Me detesto	Ve cosas que otros no ven
Lloro todo el tiempo	Problemas maritales	
Falta de motivación	Otros problemas relacionales	Escucho voces
Fatiga/Falta de energía	Problemas paternales	Pensamientos fugaces
Poco apetito o comer en exceso	Abuso físico	Problemas de comer
Dificultad para dormir	Abuso emocional	Uso de drogas
Falta de Concentración	Abuso verbal	Uso de alcohol
Sentimientos de inferioridad o indigno	Abuso sexual	Embarazo/Infertilidad
Sentimientos de desesperanza	Problemas sexuales	Aborto
Culpa	Identidad de género	Asuntos legales
Muerte de amigo o ser querido	Ira	Estrés laboral
Duelo	Conducta agresiva	Opciones de vocación
Dolor crónico	Malos sueños	Indeciso
Discapacidad física	Memorias no deseadas	Falta de disciplina
Enfermedad terminal	Falta de control	Problemas financieros
Preocupación por la salud	Conducta impulsiva	Apatía espiritual
Soledad	Controlador	Otros _____

Por favor marque con una "X" en la escala siguiente cuán estresantes son sus problemas para usted.

Mínimamente Estresantes	Moderadamente Estresantes	Extremadamente Estresantes
----- ----- -----		

Por favor describa el por qué usted vino a consejería (ej. ¿cuáles son sus problemas; su caso actual?)

---

---

---

¿Por qué ha decidido usted venir a consejería ahora?

---

---

---

¿Cuáles son tres cosas que usted espera lograr en esta consejería? ¿Cómo sabría usted que se lograron?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

## TÉRMINOS DE SERVICIO

*Comprendo que se espera que pague por los servicios recibidos. Acepto total responsabilidad de pago por cualquier balance pendiente incurrido por los servicios recibidos. Además comprendo que sin la notificación en 24 horas de intento de cancelar, se me cobrará la suma administrativa completa por el servicio.*

Firmado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_