



The Northwest Catholic Counseling Center

Serving all regardless of faith or finances

Historia Psicosocial Para Adultos

Fecha _____

Número de Cliente _____

(Para uso interno)

Por favor suministre la siguiente información. Nos permitirá conocerlo mejor y sus inquietudes. Sus datos serán tratados con los mismos estándares de confidencialidad al igual que sus citas.

Nombre _____

Primero

Segundo

Apellido

Dirección _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Teléfono de Casa: _____

¿Podemos dejar mensajes de voz? Si No

¿Desea recibir llamadas de recordatorio para sus citas? Si No

Usted prefiere recibir mensajes de texto para recordarle de sus citas? Si No

Celular: _____

¿Podemos dejar mensajes de voz? Si No

Usted prefiere recibir mensajes de texto para recordarle de sus citas? Si No

Correo Electrónico _____

¿Desea recibir correos electrónicos? Yes No

Prefiere recibir correos electrónicos para recordarle de sus citas? Yes No

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo

Género: Femenino Masculino Transgénero Género neutro

Contacto de Emergencia: Por favor Provea el nombre, número telefónico y relación _____

¿Quién lo refirió? _____

8383 N.E. Sandy Boulevard, Suite 205 • Portland, Oregon 97220 • 503.253.0964

www.nwcounseling.org

Nos gustaría enviar le Correos electrónicos periódicamente con documentos y otro tipo de información referente al centro y sus actividades. Por favor confirme si usted no desea recibir estos comunicados.

Discapacidad

Describa cualquier limitación física significativa que limite su movimiento o cualquier discapacidad sensorial, social, de empleo, o aprendizaje

Yes No _____

Etnicidad

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Africo-Americano

Hispano o Latino Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanco

Multi-étnico _____

Información Social

Por favor describa su sistema de apoyo primario (familia, amigos, grupos de soporte, comunidad religiosa, etc.)

Se identifica como miembro del grupo LGTBQ Si No

Educación/Información Ocupacional

¿Actualmente usted se encuentra empleado? Sí No En discapacidad

Si la respuesta es sí, cuál es el nombre de su empleador actual y su posición.

Por favor indique su nivel de educación más alto_____

Título si aplica_____

¿Se siente satisfecho con su posición actual?_____

Por favor liste cualquier tipo de stress relacionado con su trabajo_____

Si se encuentra desempleado, por favor indique por cuanto tiempo_____

Name: _____

Información Espiritual/Religiosa

¿Usted se considera una persona religiosa? Sí No

¿Usted se considera una persona espiritual? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿Cuál es su creencia/religión/o enfoque espiritual? _____

Historia Legal

¿Actualmente o en el pasado usted ha estado involucrado en algún procedimiento legal?

Sí No

¿En este momento, está usted preparándose para algún procedimiento legal (SSD, tráfico, divorcio, civil o criminal)? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor describa _____

¿En este momento usted se encuentra en algún proceso de libertad condicional?: Yes No

Si su respuesta es sí, por favor explique _____

Historia de Salud Mental

¿En este momento, usted está recibiendo tratamiento de salud mental o servicios de prescripción médica en otro lugar?

Consejería: Nombre del Consejero/Agencia de consejería _____

Medicamentos: Nombre de quién lo Prescribió _____

¿Usted ha recibido consejería anteriormente? Sí No

¿Si su respuesta es sí, cual es el nombre del Terapeuta? _____

¿Hace cuánto tiempo recibió este servicio? _____

For Office Use Only:

Entered in FM

Entered in TH

Scanned

¿Alguna vez a tratado de lastimarse usted mismo? Sí No
 ¿Describa cómo y cuándo fue la última vez?: _____

¿Ha intentado cometer suicidio alguna vez? Sí No
 ¿Cuándo? _____

En el pasado, usted fue hospitalizado después de intentar lastimarse o de intentar suicidio
 Sí No

Cuál hospital: _____

¿Durante el año pasado usted tuvo experiencias traumáticas o estresantes significativas, que cambiaron su vida? (muerte de una persona cercana, Divorcio, pérdida de trabajo, etc.) _____

¿Ha experimentado algún evento traumático? _____

¿Qué estrategias usa actualmente para salir adelante y que tan efectivas son para usted?:

Cuáles son sus metas e inquietudes para la terapia y/o manejo de medicamentos?:

¿Cuáles son sus áreas fuertes? _____

Historia Familiar de Salud Mental

¿Algún integrante de su familia (en primer grado o familiar lejano), ha experimentado dificultades con cualquiera de los siguientes?

Marque sus selecciones y describa la relación familiar (hermano, padre, tío etc.).

- Depresión _____
- Ansiedad _____
- Esquizofrenia _____
- Trastornos Alimenticios _____
- Trauma _____
- Trastorno Bipolar _____
- Ataques de Pánico _____
- Alcohol/Abuso de Sustancias _____
- Suicidios efectuados _____
- ADHD _____

Name: _____

Información Referente a su Salud

Alergias:(Liste cualquier medicina y/o comida, etc.) _____

¿Cómo describiría su salud física en este momento?

Pobre Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy Buena

Proveedor De Salud Primario _____

Teléfono # _____

Fecha de su último Examen Físico: _____

Por favor indique si usted experimentó o está experimentando alguna de las siguientes condiciones médicas

<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de embarazo
<input type="checkbox"/> Dolor Crónico	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Cansancio Crónico
<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias
<input type="checkbox"/> Azúcar Alta en la Sangre	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Comer en exceso /purgas/ restricciones de comida
<input type="checkbox"/> Sueño Interrumpido	<input type="checkbox"/> Problemas premenstruales	<input type="checkbox"/> Inexplicable cambio de peso

¿Alguna vez, usted ha sido hospitalizado por alguna de estas condiciones y cuándo? _____

Por favor liste todas las medicinas (incluyendo medicamentos sin receta médica/hierbas remedios) y dosificación

Medicinas

Dosificación

¿Qué actividades físicas realiza usted? _____

Uso De sustancias

¿Usted usa tabaco? Sí No Cuanto por día: _____

¿Usted usa cafeína? Sí No Cuanto por día: _____

¿Usted toma alcohol? Sí No Cuanto por semana: _____

¿Usted consume drogas recreacionales? Todos los días Semanalmente Mensualmente
 Rara vez Nunca

¿Qué tipo? _____

Describa su historia referente al uso de drogas recreacionales _____

Si aplica, describa cualquier tratamiento recibido por adicción: _____

Por favor seleccione comportamiento y síntomas que ocurren más seguido de lo que a usted le gustaría que pasaran

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Cambios de ánimo |
| <input type="checkbox"/> Ira | <input type="checkbox"/> Pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de concentración | <input type="checkbox"/> Obsesiones |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Estados de depresión | <input type="checkbox"/> Pensamientos urgentes persistentes |
| <input type="checkbox"/> Desorientación | <input type="checkbox"/> Incomodidad física |
| <input type="checkbox"/> Distráido | <input type="checkbox"/> Preocupaciones referentes a pornografía |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados |
| <input type="checkbox"/> Animo alterado | <input type="checkbox"/> Conducta irresponsable-auto-destructiva |
| <input type="checkbox"/> Comprador Compulsivo | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Exposición a evento(s) traumático(s) | <input type="checkbox"/> Inquieto o tenso |
| <input type="checkbox"/> Fatiga/energía baja | <input type="checkbox"/> Vengativo |
| <input type="checkbox"/> Temores | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de apuestas | <input type="checkbox"/> Adicciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Penas emocionales | <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Remordimiento/culpabilidad |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones cardiacas | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos homicidas | <input type="checkbox"/> Evasión/ Aislamiento social |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza | <input type="checkbox"/> Dolores estomacales |
| <input type="checkbox"/> Indecisión | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Aislamiento de amigos/familia | <input type="checkbox"/> Desconfiado de otros |
| <input type="checkbox"/> Celos | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Acusaciones erradas | <input type="checkbox"/> Tembloroso |
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Perdida de interés en actividades | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Memoria deficiente | |
| <input type="checkbox"/> Incompetencia | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Inseguridad | |
| <input type="checkbox"/> Irritable | |