



ellie FAMILY SERVICES
 6949 Valley Creek Road #220 elliefamilyservices.com
 Woodbury, MN 55125

Nombre legal del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre preferido: _____

Género: F M Otro Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Formulario completado por (si es alguien que no sea cliente): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ Int: _____

Nombre del contacto en caso de emergencia : _____ Teléfono: _____

Si necesita más espacio para alguna de las siguientes preguntas, utilice el reverso de esta hoja.

Motivo/s principal/es para contratar estos servicios:

- Control de la ira Ansiedad Capacidad para superar dificultades Depresión
 Trastorno alimenticio Miedo/fobias Confusión mental Problemas sexuales
 Problemas para dormir Comportamientos adictivos Alcohol/Drogas Cuestiones relacionadas con el género
 Otros problemas de salud mental (especifique): _____

Asesoramiento/Historial de Tratamiento previo

Información sobre **cliente** (pasado y presente):

	Sí	No	Cuándo	Dónde	Su reacción a la experiencia en general
Asesoramiento/Tratamiento psiquiátrico					
Pensamientos/Intentos suicidas					
Tratamiento por consumo de drogas/alcohol					
Hospitalizaciones					
Participación con grupos de autoayuda (por ej. AA, Al-Anon, NA, Overeaters Anonymous)					

Información sobre la **familia/personas significativas** (pasadas y presentes):

	Sí	No	Cuándo	Dónde	Su reacción a la experiencia en general
Asesoramiento/Tratamiento psiquiátrico					
Pensamientos/Intentos suicidas					
Tratamiento por consumo de drogas/alcohol					
Hospitalizaciones					
Participación con grupos de autoayuda (por ej. AA, Al-Anon, NA, Overeaters Anonymous)					

Verifique los comportamientos y los síntomas que tiene más a menudo de lo que le gustaría:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agresividad | <input type="checkbox"/> Distracciones | <input type="checkbox"/> Desesperanza | <input type="checkbox"/> Adicción sexual |
| <input type="checkbox"/> Dependencia del alcohol | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Disfunciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Enfado | <input type="checkbox"/> Dependencia de las drogas | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Enfermarse a menudo |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento antisocial | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Errores de juicio | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Estado de ánimo exaltado | <input type="checkbox"/> Soledad | <input type="checkbox"/> Problemas del habla |
| <input type="checkbox"/> Evitar el contacto con personas | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Deterioro de la memoria | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Ludopatía | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Temblores |
| <input type="checkbox"/> Ciberadicción | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Retraimiento |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Palpitaciones cardíacas | <input type="checkbox"/> Fobias/miedos recurrentes | <input type="checkbox"/> Preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Desorientación | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos disgregados | | | |

Analice brevemente cómo los síntomas anteriores afectan su capacidad para desenvolverse de manera efectiva:

Cualquier información adicional que nos ayude a comprender sus inquietudes o problemas:

¿Cuáles son sus objetivos respecto de la terapia?

¿Tiene pensamientos suicidas en este momento? Sí No

En caso afirmativo, explicar: _____

Historial de Uso de Productos Químicos

	Método de administración y cantidad	Frecuencia de uso	Edad al momento del primer uso	Edad al momento del último uso	Usado por última vez:	
					48 horas (S/N)	30 días (S/N)
Alcohol						
Barbitúricos						
Valium/Librium						
Cocaína/Pasta base						
Heroína/Opiáceos						
Marihuana						
PCP/LSD/Mescalina						
Inhalantes						
Cafeína						
Nicotina						
Medicamentos de venta libre						
Medicamentos recetados						
Otras drogas						

¿Cuándo y dónde consume generalmente sustancias? _____

Describa cualquier cambio en sus patrones de uso: _____

Describa cómo su uso ha afectado a su familia o amigos (incluya sus percepciones de su uso): _____

Motivo/s de uso:

- Adicción Para generar confianza Como una forma de escape Automedicación
 Para socializar Por sabor Otro (especificar): _____

¿Cómo cree que su uso de sustancias afecta su vida? _____

¿Quién o qué lo ha ayudado a detener o limitar su uso? _____

¿Alguien en su familia tiene un problema con drogas o alcohol (pasado o presente)? _____

¿Ha tenido síntomas de abstinencia al tratar de dejar de consumir drogas o alcohol? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Ha tenido reacciones adversas o una sobredosis de drogas o alcohol? (describa): _____

¿Cambia la temperatura de su cuerpo cuando bebe? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Las drogas o el alcohol se han convertido en un problema para su trabajo? Sí No

Si es así, describa: _____

Información familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Vivo (S/N)	Vive con usted (S/N)
Madre				
Padre				
Cónyuge				
Hijos				
Otro padre/cuidador				

Otras personas importantes (por ej. hermanos, hermanas, abuelos, parientes no consanguíneos). Por favor, especifique la relación.

Parentesco	Nombre	Edad	Vivo (S/N)	Vive con usted (S/N)

Estado civil y duración (se puede aplicar más de una respuesta):

Soltero Separado
 Legalmente casado Matrimonio revocado
 Viudo Divorciado
 Poliamoroso Soltero, viviendo juntos
 Divorcio en proceso Número total de matrimonios: _____

Evaluación de la relación actual (si corresponde): Buena Regular Mala

Información de los padres:

Padres legalmente casados La madre se volvió a casar: número de veces: _____
 Padres alguna vez separados El padre se volvió a casar: número de veces: _____
 Padres divorciados

Circunstancias especiales (por ej. criado por otra persona que no sean padres, información sobre el cónyuge/los hijos que no viven con usted, etc.): _____

Desarrollo

¿Hay circunstancias especiales, inusuales o traumáticas que afectaron su desarrollo? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene antecedentes de abuso infantil? Sí No

Si es así, ¿de qué tipo/s? Sexual Físico Verbal

Si es así, el abuso fue en calidad de qué: Víctima Autor

Otros problemas de la infancia: Negligencia Nutrición inadecuada Otro (especificar): _____

Comentarios sobre el desarrollo infantil: _____

Relaciones sociales

¿Cómo se lleva generalmente con otras personas (marque todas las que correspondan)?

Cariñoso Agresivo Elusivo Seguidor Peleador/a menudo discute
 Amistoso Líder Extrovertido Sumiso Tímido/retraído

Orientación sexual: _____ Comentarios: _____

¿Disfunciones sexuales? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Es o alguna vez ha sido un depredador sexual? Sí No

Si es así, describa: _____

Cultural/Etnia

¿A qué grupo cultural o étnico, si hay alguno, pertenece usted? _____

¿Tiene algún problema debido a cuestiones culturales o étnicas? Sí No

Si es así, describa: _____

Otra información cultural/étnica: _____

Asuntos Espirituales/Religiosos

¿Qué tan importante para usted son los asuntos espirituales? Nada Algo Moderadamente Muy

¿Está afiliado a un grupo espiritual o religioso? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Creció en un grupo espiritual o religioso? Sí No

Si es así, describa: _____

¿Le gustaría que sus creencias espirituales/religiosas sean incorporadas en su asesoramiento? Sí No

Si es así, describa: _____

Asuntos Legales

Estado Actual:

¿Está involucrado en algún caso activo (tráfico, civil, penal)? Sí No

En caso afirmativo, describa e indique las fechas y los cargos de la audiencia/juicio: _____

¿Está actualmente en libertad condicional o en libertad probatoria? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Antecedentes:

Infracciones de tráfico: Sí No

Participación penal: Sí No

DWI, DUI, etc.: Sí No

Participación civil: Sí No

Si respondió Sí a cualquiera de los anteriores, complete la siguiente información:

Cargos	Fecha	Jurisdicción (Ciudad)	Resultados

Educación

Años de educación: _____ ¿Está actualmente inscrito en la escuela? Sí No

Complete todo lo que corresponda:

Egresado de la secundaria /GED

Formación

profesional Número de años: _____ ¿Se graduó? Sí No

Especialización: _____

Universidad Número de años: _____ ¿Se graduó? Sí No

Especialización: _____

Egresado Número de años: _____ ¿Se graduó? Sí No

Especialización: _____

Otra formación: _____

Circunstancias especiales (por ej. problemas de aprendizaje, dotado): _____

Empleo

Enumere su historial de trabajo (comience con el trabajo más reciente):

Empleador	Fechas	Puesto	Motivo por el que renunció	¿Con qué frecuencia falta al trabajo?

Actualmente: Tiempo completo Tiempo parcial Temporal Despedido Discapacitado Retirado

Seguridad Social Estudiante Otro (describa): _____

Ejército

¿Tiene experiencia militar? Sí No

¿Tiene experiencia de combate? Sí No

Dónde: _____

División: _____

Fecha de la baja: _____

Fecha de conscripción militar: _____

Tipo de baja: _____

Fecha de alistamiento: _____

Rango en la fecha de baja: _____

Ocio/Recreación

Describa áreas especiales de interés o pasatiempos (por ej. arte, lectura, manualidades, ejercicio físico, deportes, actividades al aire libre, actividades de la iglesia, caminatas, dieta/salud, caza, pesca, bolos, viajes, etc.):

Actividad	¿Con qué frecuencia hace actividad ahora?	¿Con qué frecuencia lo hacía en el pasado?

Salud Médica/Física

Marque 'S' para sí mismo y 'F' para miembro/s de la familia:

<table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> S</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> F</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> SIDA</td><td><input type="checkbox"/> Mareos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Alcoholismo</td><td><input type="checkbox"/> Abuso de drogas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor abdominal</td><td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Abortos</td><td><input type="checkbox"/> Infecciones de oído</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Alergias</td><td><input type="checkbox"/> Problemas alimenticios</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Anemia</td><td><input type="checkbox"/> Desmayos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Apendicitis</td><td><input type="checkbox"/> Fatiga</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Artritis</td><td><input type="checkbox"/> Micción frecuente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Asma</td><td><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bronquitis</td><td><input type="checkbox"/> Problemas de audición</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enuresis</td><td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cáncer</td><td><input type="checkbox"/> Presión arterial elevada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</td><td><input type="checkbox"/> Problemas renales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor crónico</td><td><input type="checkbox"/> Sarampión</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Resfríos/tos</td><td><input type="checkbox"/> Mononucleosis</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Estreñimiento</td><td><input type="checkbox"/> Paperas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Varicela</td><td><input type="checkbox"/> Dolor menstrual</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Problemas dentales</td><td><input type="checkbox"/> Abortos involuntarios</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td><input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Diarrea</td><td><input type="checkbox"/> Náuseas</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Abortos	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	 	 	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Enuresis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Resfríos/tos	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Dolor menstrual	<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Abortos involuntarios	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Náuseas	<table style="width: 100%;"> <tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> S</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> F</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sangrado de nariz</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Neumonía</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fiebre reumática</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Trastornos del sueño</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor de garganta</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Escarlatina</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sinusitis</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Viruela</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Problemas sexuales</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Amigdalitis</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tuberculosis</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor de muelas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Problemas de tiroides</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Problemas de la vista</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Vómitos</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tos ferina</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otros (describa):</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/>	 	 	<input type="checkbox"/> Otros (describa):	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> F																																																																																						
<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Mareos																																																																																						
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas																																																																																						
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Epilepsia																																																																																						
<input type="checkbox"/> Abortos	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído																																																																																						
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Problemas alimenticios																																																																																						
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Desmayos																																																																																						
<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Fatiga																																																																																						
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Micción frecuente																																																																																						
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza																																																																																						
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Problemas de audición																																																																																						
<input type="checkbox"/> Enuresis	<input type="checkbox"/> Hepatitis																																																																																						
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial elevada																																																																																						
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Problemas renales																																																																																						
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Sarampión																																																																																						
<input type="checkbox"/> Resfríos/tos	<input type="checkbox"/> Mononucleosis																																																																																						
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Paperas																																																																																						
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Dolor menstrual																																																																																						
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Abortos involuntarios																																																																																						
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos																																																																																						
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Náuseas																																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> F																																																																																						
<input type="checkbox"/> Sangrado de nariz	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Problemas sexuales	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Dolor de muelas	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<input type="checkbox"/> Otros (describa):	<input type="checkbox"/>																																																																																						

Enumere cualquier problema de salud: _____

Enumere cualquier cambio reciente de salud o físico: _____

Medicación prescrita actual	Dosis	Fechas	Propósito	Efectos secundarios

Medicación de venta libre actual	Dosis	Fechas	Propósito	Efectos secundarios

¿Es alérgico a algún medicamento o droga? Sí No

Si es así, describa: _____

Exámenes más recientes	Fecha	Motivo	Resultados
Último examen físico			
Última visita al médico			
Último examen de la vista			
Último examen de audición			
Cirugía más reciente			
Otra cirugía			
Próxima cirugía			

Antecedentes familiares de problemas médicos: _____

Por favor, verifique si ha habido algún cambio reciente en lo siguiente:

- Patrones de sueño
 Patrones alimenticios
 Comportamiento
 Nivel de energía
 Nivel de actividad física
 Disposición general
 Peso
 Nerviosismo/tensión

Describe los cambios en las áreas en las que marcó arriba: _____

Nutrición

Comida	Frecuencia	Comidas que ingiere habitualmente	Cantidad que come normalmente			
			Ninguna	Baja	Media	Alta
Desayuno	/semana					
Almuerzo	/semana					
Cena	/semana					
Colación	/semana					

Para Uso del Personal

Firma/credenciales del terapeuta: _____ Fecha: _____