

Cuestionario Inicial del Cliente

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SS#: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

¿Cuál es la razón de su cita hoy?

¿Cuántos psicoterapeutas/consejeros ha visto en el pasado para este problema y problemas relacionados?

¿Cuál ha sido su experiencia previa en psicoterapia/consejería hasta ahora?

¿Le han diagnosticado una enfermedad mental? Sí / No

¿Estás usted actualmente en psicoterapia/consejería con alguien? Sí / No
Si la respuesta es Sí, ¿Quién?

¿Alguna prueba psicológica previa? _____ ¿Tienes informes? _____

¿Ha sido hospitalizado por problemas psiquiátricos? Sí / No. En caso afirmativo, ¿cuántas veces? ____ . ¿Cuándo fue la última vez? _____

¿Cuál es su opinión sobre los medicamentos psiquiátricos?

¿Cuántos psiquiatras has visto anteriormente para el manejo de medicamentos? _____

¿Cuál ha sido tu experiencia con la medicación hasta ahora? _____

¿Ha intentado suicidarse en el pasado? Sí / No

¿Te lastimas físicamente? Sí / No

¿Tiene usted pensamientos de dañarse seriamente a sí mismo o a otros ahora? Sí / No

Nivel de educación: _____

<i>Síntomas:</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
¿Ha estado abatido, deprimido o desesperado en el último mes?		
¿Te molesta el poco interés o el placer de hacer cosas?		
¿Ha cambiado su apetito (comer más o menos)?		
¿Ha estado su sueño perturbado (insomnio o exceso de sueño)?		
¿Te sientes inútil o culpable?		
¿Tiene ataques repentinos o inesperados de ansiedad o nerviosismo?		
¿Te sientes a menudo tenso, preocupado o estresado?		
¿Tienes síntomas agudos como palpitaciones, dificultad para respirar o temblores?		
¿Te preocupan muchas cosas diferentes?		
¿Evita usted situaciones o lugares por ansiedad o preocupación?		
¿Tienes pensamientos recurrentes, persistentes o no deseados o tiene comportamientos repetitivos?		
¿Has pasado por algún período significativamente estresante en los últimos 6 meses?		
Durante tu vida, ¿has enfrentado algún evento potencialmente mortal como un desastre natural, accidente grave, agresión/abuso físico o sexual, combate militar o abuso infantil?		
Desde que usted experimentó cualquiera de estos factores estresantes, ¿se ha asustado fácilmente?		
¿Enojado o irritable?		
¿Emocionalmente entumecido o separado de sus sentimientos?		
¿Es propenso a reacciones físicas cuando se le recuerda el evento?		
¿Usa medicamentos recetados o drogas callejeras para relajarse, calmar los nervios o drogarse?		
¿Ha hecho un esfuerzo para reducir su consumo de alcohol o drogas?		
¿Le molestan las personas que critican su consumo de alcohol o drogas?		
¿Alguna vez se ha sentido culpable por su consumo de alcohol o drogas?		
¿Alguna vez ha bebido o consumido drogas para calmar sus nervios, eliminar una resaca o aliviar los síntomas de abstinencia?		

Su ocupación/trabajo: _____

¿Tuviste una infancia feliz? Si / No

¿Dónde fuiste criado por tus padres? Si / No

¿Cómo fue tu relación con tus padres mientras crecías?

¿Cómo es tu relación con tus padres ahora?

¿Fuiste abusado o acosado de niño? Si / No

¿Cuántas veces te has casado? _____

¿Con quién vives actualmente?

¿Cuántos hijos tienes? _____

¿Cuáles son los principales problemas en tu hogar actual?

¿Quién te apoya en este momento?

¿Estás enfrentando dificultades legales en este momento? Si / No

¿Cuánta dificultad tiene usted actualmente para funcionar en su trabajo/vida familiar/escuela?

¿Qué valores religiosos y espirituales son importantes para usted?

¿Cuáles son sus fortalezas y habilidades?

¿Cuáles son algunas de tus necesidades?

¿Tienes alguna preferencia específica para su cuidado?

Si la respuesta es afirmativa, por favor describa:

Historial de uso de sustancias:

Sustancia	Edad de uso inicial	Fecha/Edad de Último Uso	Duración y frecuencia de uso
Alcohol			
Marihuana			
Metanfetaminas			
Anfetaminas			
Cocaína			
Benzodiacepinas			
Barbitúricos			
Alucinógenos			
Opiáceos (Prescripción)			
Metadona			
Heroína			
PCP (Polvo de ángel)			
Inhalantes			
Medicamentos recetados			
Otras sustancias ilícitas			
Cafeína			
Tabaco (fumar/masticar)			

¿Alguna vez ha tenido tratamiento para el abuso de sustancias? Si / No

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? Si / No; De ser así, describa:

¿Alergias ambientales y alimenticias? Si / No; De ser así, describa:

Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica:

Problema/Enfermedad	En qué miembro de la familia
Ruptura nerviosa	
Depresión	
Trastorno bipolar	
Ansiedad/pánico	
Abuso de drogas	
Abuso de alcohol	
Suicidio con un arma	
Suicidio (otros)	
Crimen violento	
Sobreviviente de abuso	
Abusador o Acosador	

Circule todos los problemas presentes ahora o en el pasado:

Alergias	Asma	Tos crónica/bronquitis	Ronquidos
Dolor en el pecho	Problemas cardíacos	Palpitaciones	Prolapso de la válvula mitral
Inflamación de los pies	Presión arterial alta	Trombosis	Anticoagulantes
Problemas con la orina	Abortos espontáneos	Problemas sexuales	Enfermedades de Transmisión Sexual
Abortos	VIH	Aumento de peso	Pérdida de peso
Diarrea	Estreñimiento	Problemas hepáticos	Acidez estomacal/indigestión
Accidente cerebrovascular	Dolores de cabeza	Zumbido en los oídos	Ayuda auditiva
Problemas de visión	Problemas de tiroides	Infecciones	TB
Problemas genéticos	Diabetes mellitus	Alta sensibilidad a los medicamentos	Convulsiones
Náuseas y vómitos	Artritis/dolor muscular	Entumecimiento u hormigueo	Otros problemas:

Antecedentes familiares de enfermedad física:

Problema/Enfermedad	En qué miembro de la familia
Diabetes	
Enfermedad cardíaca	
Muerte súbita	
Otra enfermedad grave	

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Otros médicos vistos con regularidad:

Medicamentos no psiquiátricos actuales:

¿Hay alguna otra información de la que quiera que su terapeuta esté al tanto?