

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

Proporcione la siguiente información y responda las preguntas a continuación. Tenga en cuenta: la información que proporciona aquí está protegida como información confidencial. Por favor complete este formulario y tráigalo a su primera sesión.

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____
(Primero, Medio y último)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género Masculino Femenino Raza: _____

Padre (s) / tutor (si es menor): Mamá _____ (Papá) _____

Dirección: _____
(Calle y número) (Ciudad) (Estado) (Zip)

Teléfono de casa: () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Celular / Otro teléfono :() _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Nombre del proveedor de telefonía celular: _____

Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico? Sí No

(Tenga en cuenta que la correspondencia por correo electrónico no se considera un medio de comunicación confidencial)

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación con el contacto: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (si corresponde)

Primary Insurance Company : _____ ID de la póliza # _____

Nº de grupo: _____ Nombre del plan: _____ Empleador / escuela del asegurado _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: //

Dirección del titular de la póliza: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ ID de la póliza # _____

Nº de grupo: _____ Nombre del plan: _____ Empleador / escuela del asegurado _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: //

Dirección del titular de la póliza: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Tenga en cuenta: Tenga su (s) tarjeta (s) de seguro o una copia de la (s) tarjeta (s) con usted para su primera cita.

1. Motivo del tratamiento? (Autorreferencia, CD, otra agencia, etc.)

2. ¿Presenta inquietudes, problemas, problemas o comportamientos?

3. El mayor desafío: _____ El mayor logro: _____

4. ¿Ha habido algún historial de hospitalizaciones por enfermedad mental; actividad criminal; o uso de sustancias?

5. ¿Lugar de empleo del cliente y (FT / PT)? _____ Empleo: Satisfactorio Insatisfactorio

6. Otras fuentes de ingresos: _____ Finanzas: Satisfactorio Insatisfactorio

7. ¿Nivel de educación del cliente? _____

8. Estado civil: Nunca se casó Pareja doméstica Casado Separado Divorciado Viudo

9. ¿Nombres y edad de hermanos / niños? Nombres: _____

10. Enumere a otros miembros de la familia que vivan en el mismo hogar: _____

11. Enumere otras personas no relacionadas que viven en el mismo hogar: _____

12. Relaciones cercanas con el cliente? _____

INFORMACIÓN DE SALUD Y SALUD MENTAL

13. ¿Cómo calificaría su salud física actual? (círculo)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy bueno

14. Enumere cualquier problema de salud específico que experimente actualmente:

15. ¿Cómo calificaría sus hábitos actuales de sueño? (círculo)

Pobre Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Muy bien

16. Enumere cualquier problema específico de sueño que esté experimentando en la actualidad:

17. ¿Cuántas veces por semana se ejercita usted o su hijo en general? _____

18. ¿En qué tipo de ejercicio participa? _____

19. Haga una lista de las dificultades que experimenta con su apetito o patrones de alimentación:

20. ¿Actualmente está experimentando una tristeza, pena o depresión abrumadora? Sí No En

caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____

21. ¿Actualmente está experimentando ansiedad, ataques de pánico o tiene fobias? Sí No En

caso afirmativo, ¿cuándo comenzó a experimentar esto? _____

22. ¿Está experimentando actualmente algún dolor crónico? Sí No En

caso afirmativo, describa: _____

23. ¿Alguna historia de violencia doméstica? (Individual o familiar) Sí No En caso afirmativo, describa:

24. ¿Alguna historia de abuso emocional? (Individual o familiar) Sí No En caso afirmativo, describa:

25. ¿Alguna historia de abuso físico? (Individual o familiar) Sí No En caso afirmativo, describa:

26. ¿Alguna historia de abuso sexual? (Individual o familiar) Sí No En caso afirmativo, describa:

27. Cualquier historia de ideación suicida o intentos de suicidio (individual o familiar) Sí No En caso afirmativo, describa:

28. Cualquier historial de ideas homicidas ? Sí No En caso afirmativo, describa:

29. ¿Alguna historia de crueldad hacia los animales? Sí No En caso afirmativo, describa:

30. ¿Alguna historia de incendio? Sí No En caso afirmativo, describa:

31. ¿Algún historial de uso o abuso de sustancias? (Individual o familiar y estado actual) Sí No En caso afirmativo, describa:

32. ¿Alguna historia de manejo de la ira? (Individual o familiar) Sí No En caso afirmativo, describa:

33. ¿Alguna historia de trauma o eventos traumáticos? Sí No

34. ¿Algún problema con el cumplimiento de las directivas? Sí No

35. ¿Alguna relación positiva con los compañeros? Sí No Si es así, ¿cuántos? _____ Frecuencia de las interacciones entre iguales?

36. Habilidad para hacer y mantener amistades? Sí No

37. ¿Actividades o participación de la comunidad? Sí No En caso afirmativo, indique: _____

38. ¿Hitos del desarrollo? ¿Prematuro? ¿Alcohol o droga expuestos? Sí No En caso afirmativo, describa:

39. ¿Ha completado el nivel de grado? _____ ¿CI? _____ ¿Discapacidades de aprendizaje o avanzado? En caso afirmativo, describa:

40. ¿Tres desencadenantes? _____ ¿Cómo te relajas? _____

41. ¿Actual de problemas de salud / médicos anteriores? Sí No En caso afirmativo, enumere:

42. ¿Último examen médico / físico? _____ ¿Se incluyeron audición y visión? Si, no audición y visión últimaexamen
fecha de? _____ último examen dental? _____

43. ¿Alguna hospitalización por lesiones de elementos? Sí No En caso afirmativo, ¿cuándo?

44. MH actual TX: _____ Anterior MH TX / HX: _____

45. ¿Alguna medicación recetada? Sí No En caso afirmativo, indique:

Nombre de la medicación: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Dosis y frecuencia? _____

Nombre del medicamento: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Dosis y frecuencia? _____

46. ¿Alguna vez le han recetado medicamentos psiquiátricos? Sí No En caso afirmativo, enumere y proporcione las fechas:

Nombre del medicamento: _____ Fechas: _____ a _____

Nombre del medicamento: _____ Fechas: _____ a _____

47. ¿Alguna alergia conocida, incluidos alimentos y medicamentos? Sí No En caso afirmativo, indique:

48. ¿Participación de la iglesia? Sí No Religión? _____

49. Delitos legales o de antecedentes penales (cliente / familia)? ¿Fechas? Sentencias / sanciones Sí No En caso afirmativo,
enumere: _____

50. ¿Resultado esperado para la terapia?

51. ¿Esperan / sueñan? _____ ¿Valores? _____

¿Talentos? _____ ¿Tradiciones familiares? _____

Pasatiempos / Interés? _____ ¿Para divertirse? _____

52. Apoyos y participación (familia, espiritual, social, mental, profesional, otras agencias):

53. Vivienda: Insatisfactorio Insatisfactorio Bueno Muy bueno

54. ¿Algún estresante financiero? Sí No En caso afirmativo, enumere: _____

55. Buena habilidad para resolver problemas y tomar decisiones y capacidad? Sí No

56. Fortalezas: _____ Debilidad: _____

57. Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono para usted Médico principal:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____