



Fecha: _____

Formulario de Entrada -- Adultos

La información que se pide en este formulario se mantendrá confidencial. Favor llenar el formulario lo más completamente posible.

¿Quién refirió a Ud.? _____

¿Cuáles resultados a Ud. le gustaría experimentar como consecuencia del asesoramiento? _____

¿Busca Ud. clasificación como discapacitado debido a su actual salud mental / emocional? Sí No

¿Busca Ud. el asesoramiento debido a una orden judicial o cargos criminales? Sí No

Información sobre el Cliente

Apellidos _____ Nombres _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Dirección _____ Número de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código ZIP _____ Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Soltero Pareja significativa Cohabitante Comprometido
 Casado Separado Divorciado Enviudado

Identidad Racial / Étnica: Afro-estadounidense Asiático-estadounidense Hispano/Latino
 Americano Indígena Isleño Pacífico Blanco/Caucásico Otro _____

Contacto de Emergencia: Nombre y Apellido _____ Teléfono _____

Relación al cliente _____

Servicio Militar: Servicio activo Guardia Nacional / Reserva

Servicio Previo Jubilado Dependiente

Separado por Razones Médicas Discapacidad relacionada al Servicio

Veterano de Combate Rama Militar__

Fechas de Servicio_____

Empleo: Tiempo Completo Trabajo por cuenta propia

Tiempo Parcial Ama de Casa Estudiante

Jubilado Discapacitado Desempleado

Empleador_____

¿Qué tipo de trabajo hace Ud.?_____

Familia:

Padres Madre Viva (edad) _____ Fallecida (fecha) _____

Padre Vivo (edad) _____ Fallecido (fecha) _____

Hermanos ¿Cuántos?_____ Soy el: Mayor en medio Menor Único

Nombres y edades de sus hijos_____

Nombres y edades de sus hijastros_____

¿Quiénes viven en casa con Ud.?_____

¿Ha Ud. o alguien en su familia experimentado violencia o abuso doméstico? Sí No

Caso afirmativo, favor explicar:

¿Actualmente experimenta Ud. violencia o abuso doméstico? Sí No

Religión/Preferencia de denominación_____ Iglesia _____

Historial Médico del Cliente

Médico Principal_____ Fecha del último examen médico_____

Listar cualesquier enfermedades físicas o síntomas que Ud. experimenta actualmente

Listar medicamentos actuales (incluir dosificaciones y el médico quien recetó)

Indicar todos que Ud. ha experimentado en el último mes:

<input type="checkbox"/> Pensamientos del suicidio	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Rabia
<input type="checkbox"/> Pensamientos de la muerte	<input type="checkbox"/> Preocupación excesiva	<input type="checkbox"/> Enojo
<input type="checkbox"/> Planes de dañarse a sí mismo	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Estado molesto
<input type="checkbox"/> Pensamientos de dañarle a otro	<input type="checkbox"/> Miedo crónico	<input type="checkbox"/> Relación con pareja
<input type="checkbox"/> Planes de dañarle a otro	<input type="checkbox"/> Miedos irracionales	<input type="checkbox"/> Relación con los padres
<input type="checkbox"/> Lesionarse a sí mismo	<input type="checkbox"/> Problemas por abuso / trauma	<input type="checkbox"/> Relación con los niños
<input type="checkbox"/> Pérdida de significado de su vida	<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales
<input type="checkbox"/> Pérdida de esperanza	<input type="checkbox"/> Obsesiones	<input type="checkbox"/> Orientación sexual
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Compulsiones	<input type="checkbox"/> Asuntos con identidad de género
<input type="checkbox"/> Gozo disminuido	<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Conflictos en el trabajo
<input type="checkbox"/> Falta de actividades	<input type="checkbox"/> Sensaciones de perder el control	<input type="checkbox"/> Problemas en la escuela
<input type="checkbox"/> Aislamiento / alejamiento	<input type="checkbox"/> Inquietud	<input type="checkbox"/> Pérdida de fe en Dios
<input type="checkbox"/> Menos energía / fatiga	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Dudas religiosas
<input type="checkbox"/> Cambio de apetito	<input type="checkbox"/> Problemas en dormir	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Cambio significativo de peso	<input type="checkbox"/> Problemas en concentrarse	<input type="checkbox"/> Alucinaciones
<input type="checkbox"/> Sentimientos de inutilidad	<input type="checkbox"/> Problemas con la memoria	<input type="checkbox"/> Engaños
<input type="checkbox"/> Sentimientos de luto	<input type="checkbox"/> Evitar espacios abiertos	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente
<input type="checkbox"/> Sentimientos de soledad	<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Otro / Explicar abajo
<input type="checkbox"/> Sentimientos de culpabilidad	<input type="checkbox"/> Desorden de déficit de atención	

¿Qué más experimenta Ud. actualmente? _____

Historial de Salud Mental

¿Ha experimentado Ud. problemas de salud mental en el pasado? Sí No Caso afirmativo, favor explicar

¿Tiene Ud. un historial familiar de problemas de salud mental? Sí No

¿Ha recibido Ud. alguna vez tratamiento como paciente externo (asesoramiento, terapia, siquiatria) por asuntos de salud mental?

Sí No Caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

¿Alguna vez ha sido Ud. hospitalizado o recibido tratamiento interno por asuntos de salud mental?

Sí No Caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Lesionarse

¿Alguna vez ha anhelado Ud. estar muerto, o que pudiera dormirse y no despertarse Sí No

¿Alguna vez ha pensado Ud. en suicidarse? Sí No ¿Ha tenido un plan concreto? Sí No

¿Alguna vez ha intentado Ud. suicidarse? Sí No Caso afirmativo, número de intentos _____

¿Alguna vez ha perdido Ud. a un ser querido por suicidio? Sí No

Caso afirmativo, ¿a quién y cuándo? _____

Historial de Uso de Sustancias

¿Toma Ud. alcohol? Sí No En promedio, ¿cuántos tragos por (día/semana/mes) _____ toma Ud? (cantidad y tipo) _____

¿Usa Ud. drogas? (Drogas ilegales, drogas recreativas, drogas no recetadas a Ud. o usadas en exceso de lo recetado)

Sí No Caso afirmativo, ¿cuáles? _____

¿Cada cuánto? (cantidad y droga) _____ por (día, semana, mes) _____

¿Alguna vez ha recibido Ud. tratamiento de paciente externo (asesoramiento, terapia, siquiatria, o medicamentos) por un problema con alcohol? Sí No Caso afirmativo, ¿cuándo? y ¿dónde?

¿Completado exitosamente? Sí No

Alguna vez ha recibido Ud. tratamiento de paciente interno (hospital, desintoxicación, o rehabilitación) por un problema de drogas o alcohol? Sí No

Caso afirmativo, ¿cuándo? y ¿dónde? _____ Completado exitosamente? Sí No

¿Se presenta Ud. aquí por Adicción a Drogas o Alcohol? Sí No

¿Cuál otra información será de importancia a su terapeuta?

Reconocimiento

La información escrita en este formulario es cierta, según entiendo.

Firma del Cliente

Fecha



Preferencia de Recordatorio de Cita

Nombre y Apellido del Cliente: _____

El Centro de Asesoramiento Nueva Esperanza utiliza un servicio contratado para proporcionarle recordatorios automatizados de cortesía a Ud., sobre su próxima cita, con 24 a 48 horas de antelación. Favor escoger una opción de recordatorio.

- Sí, agradezco un recordatorio telefónico. Favor llamarme antes de mi cita en el _____. Entiendo que si terceros tienen acceso a este número, no se puede asegurar la confidencialidad.

- Sí, agradezco un recordatorio por texto. Favor enviarme un texto antes de mi cita en el _____. Entiendo que si terceros tienen acceso a este número, no se puede asegurar la confidencialidad.

- No, prefiero no recibir recordatorios de mis citas. Yo mismo me mantendré al tanto de ellas.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Personal de New Hope

Fecha



Faltas de Presentarse y Cancelaciones

Nombre y Apellido del Cliente: _____

Cuando Ud. se cita con nuestro personal, el Centro de Asesoramiento New Hope reserva aquel bloque de tiempo solamente para Ud. Si Ud. no asiste su cita arreglada, a nosotros nos gustaría ofrecerle a otro cliente la oportunidad de aprovechar aquel bloque. Cuando un cliente falta de presentarse para una cita, eso perjudica nuestro apoyo financiero, nuestra habilidad de presupuestar nuestro personal, y los salarios de nuestro personal. Por lo tanto, requerimos **un aviso con 24 horas de antelación de cualquier cancelación.** Basta con dejar un recado en nuestro correo de voz, aún en fines de semana. La fecha y hora de su recado se grabará con su mensaje. Si Ud. falta en dejar un aviso con 24 horas de antelación, o se le puede requerir a Ud. hacer su próxima cita dos o tres semanas después de la cita no cumplida. Agradecemos la cortesía que Ud. nos extiende en honrar este acuerdo. Fíjese que **no podemos facturar a su compañía de seguros por sesiones no cumplidas o cancelaciones tardías.**

Debida al Tiempo: Citas perdidas debidas a tiempo peligroso no se contarán como cancelaciones tardías.

Debido a la mantención por nuestros consejeros, de un horario fijo:

- Sí Ud. se presenta con 30 minutos de tardanza para una cita de 60 minutos, Ud. podrá verse por 30 minutos.

Firmando este acuerdo, reconozco mi entendimiento de toda política arriba listada. Acepto y concuerdo con todo término arriba, durante el curso de mi tratamiento en New Hope Counseling Center.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Personal de New Hope

Fecha



Consentimiento Informado para Sicoterapia / Asesoramiento y Recibo de Prácticas de Privacidad

Nombre y Apellidos del Cliente: _____

Se me ha proporcionado una copia impresa de la *Explanation of Psychotherapy/Counseling Services and Notice of Privacy Practices* packet (paquete de *Explicación de Sicoterapia / Asesoramiento y Notificación de Prácticas de Privacidad*). Además, el terapeuta / consejero / trabajador clínico social ha proporcionado una explicación verbal de los servicios de sicoterapia / asesoramiento / trabajo clínico social y de las prácticas de privacidad, incluyendo las excepciones a la confidencialidad. He tenido la oportunidad de revisar la *Explanation of Psychotherapy/Counseling Services and Notice of Privacy Practices* packet (paquete de *Explicación de Sicoterapia / Asesoramiento y Notificación de Prácticas de Privacidad*) y otra información pertinente, y de hacer preguntas. Toda pregunta ha sido contestada satisfactoriamente.

Estoy tomando una decision informada, libre de coacción, de entregarme a los servicios de sicoterapia / asesoramiento / trabajo clínico social. Tengo el derecho de terminar estos servicios en cualquier momento.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Personal de New Hope

Fecha

Desorden de Ansiedad Generalizada, Escala de 7 Partidas (DAG-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿cada cuánto ha estado Ud. con los siguientes problemas?

(Poner un círculo alrededor de su respuesta)

	Ningún día	Unos día	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirme nervioso, ansioso, o agitado.	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparme.	0	1	2	3
3. Preocuparme demasiado sobre diferentes asuntos.	0	1	2	3
4. Tener dificultad en relajarme.	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil mantenerme sentado.	0	1	2	3
6. Estar molesto o irritable.	0	1	2	3
7. Tener miedo como si algo horrible fuera a pasar.	0	1	2	3
PARA USO DE LA OFICINA	0	+	+	+

Apuntación Total _____