



Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de Entrada para Menores

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

¿Quién refirió al cliente? \_\_\_\_\_

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

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

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

¿Hay involucramiento judicial pendiente / esperado: custodia, colocación, derechos de padre, CPS (Servicios Protectoras a Niños)?  Sí  No

¿Busca el cliente clasificación como discapacitado debido a su actual salud mental / emocional  
 Sí  No

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

### Información sobre el Cliente

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código ZIP \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Relación al Cliente \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Dependiente militar?  Sí  No

Educación: Año escolar actual \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

¿Problemas en la escuela?  Sí  No

Caso afirmativo, favor explicar \_\_\_\_\_

¿Cuáles servicios recibe el niño de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Está Empleado el Cliente?  Sí  No

Caso Afirmativo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Estudiante

Empleador \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo hace el cliente? \_\_\_\_\_

### Familia del Cliente

Padres:  Casados  Cohabitantes  Nunca casados  Separados  Divorciados  Difunto

Madre \_\_\_\_\_  Custodia completa  Custodia compartida

Ningún Derecho  Otro

Padre \_\_\_\_\_  Custodia completa  Custodia compartida

Ningún Derecho  Otro

Si Otro, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Hay un documento legal que explica la custodia?  Sí  No (se necesita una copia antes de ver el cliente)

¿Está el menor bajo el cuidado de un guardián o conservador?  Sí  No

Caso afirmativo, ¿de quién? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación de aquella persona, al niño? \_\_\_\_\_

¿Hay un documento legal que detalla esto?  Sí  No (se necesita una copia antes de ver el cliente)

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

Edades de Hermanos \_\_\_\_\_

Listar a todos quienes viven en la casa con el cliente (nombre y relación) \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los eventos más significativos en la vida del cliente? \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado el cliente o alguien en su familia, abuso o desprecio?  Sí  No

¿Actualmente experimenta el cliente abuso o desprecio?  Sí  No

¿Hay un historial de involucramiento por el CPS (Servicios Protectoras a Niños)?  Sí  No

Caso afirmativo, favor explicar \_\_\_\_\_

Religión/Preferencia de denominación \_\_\_\_\_ Iglesia (si hay) \_\_\_\_\_

**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 el cliente actualmente?** \_\_\_\_\_

**Historial de Salud Mental**

¿Ha experimentado el cliente problemas de salud mental en el pasado?  Sí  No

Caso afirmativo, favor explicar

¿Tiene el cliente un historial familiar de problemas de salud mental?  Sí  No

¿Ha recibido el cliente alguna vez tratamiento como paciente externo (asesoramiento, terapia, psiquiatra) por asuntos de salud mental?

Sí  No Caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

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

Sí  No Caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

**Lesionarse**

¿Alguna vez ha intentado el cliente suicidarse?  Sí  No

¿Alguna vez ha perdido el cliente a un ser querido por suicidio?  Sí  No

Caso afirmativo, ¿a quién y cuándo? \_\_\_\_\_

**Historial de Uso de Sustancias**

¿Toma el cliente alcohol?  Sí  No En promedio, ¿cuántos tragos por (día/semana/mes) \_\_\_\_\_ toma Ud? (cantidad y tipo) \_\_\_\_\_

¿Usa el cliente drogas? (Drogas ilegales, drogas recreativas, drogas no recetadas a él 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 el cliente 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 el cliente 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 el cliente aquí por Adicción a Drogas o Alcohol?  Sí  No

**Historial Médico del Cliente**

Pediatra \_\_\_\_\_ Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_

Listar cualesquier enfermedades físicas o síntomas que el cliente experimenta actualmente \_\_\_\_\_

Listar cirugías mayores o enfermedades \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OJO: Se necesita una copia del papeleo de custodia o de guardián antes de servir a un cliente menor.**

**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)

	<b>Ningún día</b>	<b>Unos día</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
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 \_\_\_\_\_**