

Historial Matrimonial Previo (si aplica):

PROPIO:

Nombre de Pareja Anterior

Fecha de Boda

Fecha Divorcio/Fallecimiento

PAREJA:

Nombre de Pareja Anterior

Fecha de Boda

Fecha Divorcio/Fallecimiento

INFORMACIÓN PERSONAL

¿Asiste alguna iglesia? No Sí, nombre de la iglesia _____

¿Cuál es la denominación? _____

¿Tienes usted una relación personal con Cristo? Sí No Inseguro(a)

¿Considera los aspectos religiosos o espirituales importantes en su vida? Sí No

¿Conoces algún recurso religioso o espiritual en su vida que pueda usarse para ayudarlo a superar sus problemas? No Sí explique _____

¿Le gustaría incluir la oración como parte de sus sesiones? Sí No

¿Quién le refirió al centro? _____

¿Podemos contactarlo? Sí No

¿Cómo describiría su salud? _____

¿Cuántas horas duerme diariamente? _____

¿Cómo describiría su dieta?

Muy Saludable Saludable Promedio Necesita Mejorar Pobre

Tiene problemas de adicción o abuso de: Alcohol Drogas Ilegales Recetas

Sexo Pornografía Apuestas Juegos Otros: _____

¿Su apetito/peso ha cambiado recientemente? _____

¿Está tomando algún medicamento? Sí No

Complete la siguiente información si aplica:

Medicamento

Dosis

Médico

Propósito

PREOCUPACIONES PERSONALES

Explique brevemente la razón por la que viene a consejería y que espera obtener de dicha experiencia.

¿Cuánto esta situación le afecta?

Constante Frecuente Algo Casi Nada

Comentarios adicionales acerca del problema: _____

¿Ha recibido consejería anteriormente? Sí No

Si aplica, complete la información:

1. Nombre del consejero _____

Situación trabajada _____

¿Cuántas sesiones y por cuánto tiempo? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

2. Nombre del consejero _____

Situación trabajada _____

¿Cuántas sesiones y por cuánto tiempo? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

3. Nombre del consejero _____

Situación trabajada _____

¿Cuántas sesiones y por cuánto tiempo? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

PENSAMIENTOS Y CONDUCTAS

Por favor, marque cuán frecuente experimenta los siguientes pensamientos:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. No hay esperanza en la vida. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 2. Estoy solo(a). | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 3. No le importo a nadie. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 4. Soy un fracaso. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 5. Las personas no me quieren. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 6. Me quiero morir. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 7. Quiero hacerle daño a alguien. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 8. Me considero estúpido(a). | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 9. Me estoy volviendo loco(a). | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 10. No me puedo concentrar. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 11. Estoy muy deprimido(a). | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 12. Dios está decepcionado de mí. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 13. No puedo ser perdonado. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 14. ¿Por qué soy tan diferente? | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 15. No puedo hacer nada bien. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 16. Otros escuchan lo que pienso. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 17. No tengo emociones. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 18. Alguien me vigila. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 19. Escucho voces en mi cabeza. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |
| 20. Estoy fuera de control. | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Casi Nunca | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Frecuentemente |

Por favor, evalúe los síntomas a continuación usando una escala del 0-2:

0 = No significativo/No-existente 1 = Moderado/A veces 2 = Frecuente/Severo

1. Me frustró con facilidad, enojo exagerado _____
2. Cambios de humor (depresión-maniaco) _____
3. Culpa o vergüenza excesiva _____
4. Pérdida de energía _____
5. Falta de interés en actividades _____
6. Pensamientos suicidas _____
7. Intentos de suicidio (cuántos) _____
8. Mentir _____
9. Manipulación _____
10. Poor impulse control _____
11. Hiperactividad _____
12. Cambio o pérdida de amigos _____
13. Problemas sexuales _____
14. Auto-mutilarse, cortarse _____
15. Estrés excesivo _____
16. Ansiedad o miedo excesivo _____
17. Problemas de aprendizaje _____
18. Problemas relacionados a la escuela o trabajo _____
19. Alucinaciones, delirios, distorsión de pensamientos _____
20. Pensamientos obsesivos y/o comportamientos compulsivos _____

Favor de elaborar (e.g., ejemplos, frecuencia, duración, efectos en usted) sobre los pensamientos, conductas y/o síntomas que experimenta con mayor frecuencia o son de mayor preocupación para usted.

CONTACTO EMERGENCIA

¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono Hogar _____ Teléfono Celular _____