

ENTREVISTA INICIAL PARTE A

(INTAKE PART)

CARDONA 2008 DERECHOS RESERVADOS

Por favor de llenar y traer a su primera cita.

LLENE COMO MEJOR ES POSIBLE E IMPRIMA CLARAMENTE. ESCRIBA N/A DONDE NO SE APLICA. SI USTED TIENE PREGUNTAS. PONGA UNA NOTA EN EL MARGEN PUESTO QUE REPASAREMOS LA FORMA JUNTOS.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Nombre del padre/guardián (si paciente es menor) y Relación: _____

DIRECCIÓN :

_____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP CODE _____

Teléfono: _____ ¿ Podemos dejar un mensaje? Sí No

Cellular: _____ ¿ Podemos dejar un mensaje? Sí No

E-mail: _____ @ _____

¿ Podemos enviarle un e-mail (correo electrónico) ? Sí No

*Por favor esté consciente de que el correo electrónico no es siempre confidencial.

SEXO: MAS. **EDAD:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ #SS _____

FEM

MES / DIA / AÑO

ESTADOCIVIL: Soltero/a Con pareja Casado/a Separado/a Divorciado/a Viúdo/a

EMPLEADO/A: Sí NO **RETIRADO/A:** Sí NO **ESTUDIANTE:** FULL-TIME PART-TIME

NOMBRE DE COMPAÑIA DE TRABAJO Ó ESCUELA: _____

REFERRIDO POR:

¿ está recibiendo servicios psiquiátricos, consejería profesional, ó sicoterapia en otra parte?

Sí No

¿ Usted ha recibido sicoterapia anteriormente? Sí No

Nombre y teléfono del Therapista / Siquiatra _____

¿ Está actualmente tomando medicina prescrita?

Sí No Si contesto Sí, por favor enumere: _____

¿ Si no, ha sido medicina psiquiátrica previamente prescrita? Sí No

Si contesto Sí, por favor enumere: _____

Toma regularmente ? (alcohol, vino, cerveza ú otros) No Sí
 ¿En un mes típico, cuantas veces tiene 4 o más bebidas en un período de 24 horas? _____

Cuantas veces usted usa Diario Semanal Mensual
 Drogas en forma recreacional? Rara vez Nunca

FACTOR Ó PROBLEMA PRINCIPAL QUE HA PRECIPITADO ESTA VISITA EN SUS PROPIAS PALABRAS:

¿Alguna vez ha sentido alguna de las siguientes?

MARQUE CON UNA 'X' TODOS LOS QUE APLICAN			
HUMOR EXTREMADAMENTE DEPRIMIDO		AGITAMIENTO	
FATIGADO/A		RESPIRACIÓN RÁPIDA	
DORMIR DEMASIADO		PREOCUPACIÓN	
LENTO/A		CORAJE	
PÉRDIDA DE INTERÉS EN ACTIVIDADES COMUNES		FALTO DE RESPIRACIÓN	
DIFFICULTAD DURMIENDO		OYE VOCES	
POBRE CONCENTRACIÓN		VE SOMBRAS	
CAMBIOS DE HUMOR DRÁSTRICOS		SIENTE COMO QUE ALGUIÉN LE SIGUE	
DORMIR INTERRUMPIDO		IRRITABLE	
PESADILLAS		COMPORTAMIENTOS REPETITIVOS	
SE SIENTE INSATISFECHO		PENSAMIENTOS REPETITIVOS	
SE SIENTE AISLADO		PROBLEMAS CON SU IMAGEN DEL CUERPO	
SE SIENTE OF INÚTIL		DISORDENES DEL COMER	
FOBIAS		DOLORES DEL CUERPO FRECUENTES	
PÉRDIDA DE MEMORIAS INÉPLICADAS		SIENTE QUE SE PUEDA HACER DAÑO ?	
PÉRDIDA DE PERIODOS DE TIEMPO INÉPLICADAS		SIENTE QUE SE PUEDA HERIR A OTRA PERSONA?	
MIÉDOS		OTRO:	

INFORMACION OCUPACIONAL / ESCOLAR:

Por favor enumere todos los estréses relacionados a el trabajo/retiro/ escuela:

¿Cuál es su posición en su trabajo?

¿Está retirado/a?

¿Cuántos años lleva en trabajo/retiro/escuela?

Si está en la escuela circule uno:

1er año 2do año 3er año 4to año

¿Está contento con su trabajo/retiro/escuela?

INFORMACIÓN RELIGIOSA / ESPIRITUÁL:

¿Usted se considera ser religioso? No Sí ¿Cuál es su fé religiosa?

¿Si no, se considera ser espiritual? No Sí

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD MENTAL / MEDICA / SOCIAL:

¿Alguna persona en su familia (inmediata ó lejana) ha sufrido de los siguientes? (marqué todos los que aplíquen):

	USTED	Padre	Madre	Hijos/as	Hermanos	Abuelos paternos	Abuelos maternos
ENFERMEDAD MENTAL							
DEPRESIÓN							
DESÓRDENES DE ANSIEDAD							
ESQUIZOFRENIA							
ABUSO DE ALCOHOL							
USO ILEGAL DE DROGAS							
DESÓRDENES DEL COMER							
DESÓRDENES DE APRENDIZAJES							
HISTORIA DEL TRAUMA							
INTENTOS /LOGRO DE SUICIDIO							
MENOPAUSA							
EPILEPSIA							
ALLERGIAS							
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN							
HIPERTENSIÓN-ALTA PRESSIÓN							
HIV / SIDA							
DIABETES							
CANCER							
ÓTRA ENFERMEDAD TERMINAL							
HA ESTADO EN PRISIÓN							
VIOLENCIA DOMÉSTICA							
SE MUDÓ DE SU PAÍZ NATAL							
SEPARACIÓN/DIVORCIO							
MUERTE DE UN SER QUERIDO							
BANCAROTA							
PÉRDIDA DE TRABAJO							
OTRO:							

INFORMACIÓN SOCIAL & SALUD:

Aunque una cierta información pueda parecer repetida,conteste por favor como mejor que pueda.

Gracias.

1. ¿Cómo está su salud física actualmente?

Pobre Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy Buena

2. Enumere por favor cualquier síntoma o preocupación física persistente de salud (e.g. el dolor crónico, dolores de cabeza, hipertensión, diabetes, etc.)

3. ¿ Tiene problemas con sus hábitos de dormir? No Sí

Si contesto sí, marque aquellos que apliquen:

Durmiendo poco Durmiendo demasiado Pobre calidad del Dormir Sueños que lo/la **disturban**

Explique: _____

4. ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio?_____ ¿Aproximadamente cuánto tiempo cada vez? _____

5. ¿Tiene dificultad con apetito o hábitos alimenticios? No Sí

Si contesto sí, marque aquellos que apliquen: comiendo menos comiendo más

comer repentinamente en exceso y sin control (Binging) Restringidamente

En los últimos 2 meses: ¿Ha aumentado de peso excesivamente? No Sí ¿Cuánto?_____

¿Ha perdido peso excesivo? No Sí ¿Cuánto?_____

6. ¿Se encuentra en una relación Romántica? No Sí

¿Está casado/a? No Sí

Si contesto sí, ¿Cuánto tiempo lleva en ésta relación? _____

¿Cómo usted clasificaría la calidad de su relación actual?

Pobre Insatisfactoria Satisfactoria Buena Muy Buena

7. ¿Cuál es su origen étnico? Está usted orgulloso/a de su herencia étnica. ¿Es muy predominante dentro de sus costumbres familiares? ¿Existe algún choque étnico entre usted y su familia?

8. ¿Qué usted considera son sus fortalezas?

9. ¿ Qué es lo que más le agrada de su persona?

10. ¿Qué estrategias efectivas usted ha aprendido para enfrentar la vida?

11. ¿Cómo usted hace frente , brega con el cambio?

12. ¿Cuáles son sus metas para la sicoterapia?

Márque y Comente sobre cualquier cambio importante que espera tener ó ha tenido en los últimos 2 años:

ESTRESOR	X	Comentarios
Muerte de un esposo/a		
Muerte de un hijo/a		
Muerte de un hermano/a		
Muerte de un padre/madre		
Muerte del amigo cercano/miembro de familia		
Problemas con los suegros		
Retiro		
Hijo o hija que se mudan de la casa		
Hijo o hija que regresa a la casa		
Pérdida de su trabajo su pareja		
Su pareja, esposo/a pierde su trabajo		
Usted, pareja, esposo/a comienzan nuevo trabajo		
Reajuste del negocios		
Problemas con el jefe/compañeros de trabajo		
Cambio en responsabilidades del trabajo/horas		
Enfermedad		
Enfermedad de un ser querido		
Boda/compromiso		
Reconciliación/separación marital		
Divorcio		
Embarazo		
Cambio en el número de miembros de familia		
"Visitantes" que permanecen en su casa		
Necesita unas vacaciones		
Regreso de unas de vacaciones		
Cambiando malos habitos, ejemplo: fumar		
Esta A Dieta		
Ha trenido un logro personal excepcional		
Un ser querido ha tenido un exito superior		
Le han dado una promoción		
Inestabilidad financiera		
Ejecución de una hipoteca ó bancarrota		
Recientemente compró una casa.		
Recientemente Vendió su hogar.		
Condena de prisión		
Caso legal pendiente		
Ha tenido Violaciones menores de la ley		
Se arriman unas Vacaciones		
Se arriman los Días feriados		
Se arrima un Aniversario importante		
Se arrima un Cumpleaños importante		
Dificultades del sexo		
Discusión con la familia / amistad / vecinos		
Amigos / vecinos que mudan		
Cambios en la comunidad		
Cambios en otras condiciones de vida		

POR FAVOR TRAIGA UNA COPIA DE SUS SEGUROS EN SU PRIMERA VISITA

SEGURO PRIMARIO DEL CLIENTE : _____ CO-PAGO: \$ _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

FECHA EFECTIVO: _____ CÓDIGO DEL PLAN: _____ TIPO DE PLAN:

TELÉFONO DEL SEGURO : _____

DIRECCIÓN DEL SEGURO : _____

MAJOR MEDICAL CO-SEGURO: _____

MAJOR MEDICAL DEDUCIBLE- SOLTERO/A: \$ _____ FAMILIA: \$ _____

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL : _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL : _____
MES / DIA / AÑO

RELACIÓN DEL CLIENT AL ASEGURADO: ___ SI MISMO/A ___ ESPOSO/A ___ HIJO/A ___ OTRO

NÚM. DE ID. DEL ASEGURADO: _____ NÚMERO DE GRUPO:

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO SI DIFERENTE DEL CLIENTE:

TELÉFONO DEL ASEGURADO: