



### **Formulario de Ingreso**

Porfavor proviene la siguiente informacion y contesta las preguntas abajo. Porfavor nota: Esto es informacion confidencial. Porfavor traiga este ingreso a su primer cita. Si no estas seguro/a de una pregunta, deja la pregunta sin respuesta y nosotros lo vamos a revisar durante su primera cita.

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Nunca Casado  Asociacion Domestica  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Direccion de Casa: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Mensajes?  Si  No

Cellular/ Otro Telefono: ( ) \_\_\_\_\_ Mensajes?  Si  No

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Podemos Mandarle un mensaje?  Si  No

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia's Cellular: \_\_\_\_\_

Referrido por: \_\_\_\_\_

Preferrido/a forma de contacto: \_\_\_\_\_

#### *Seguro Medico Primaria*

Nombre de su Seguro: \_\_\_\_\_

ID de Seguro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha efectivo de la polica: \_\_\_\_\_

Cantidad de copago: \_\_\_\_\_

Informacion de garante/ si es alguien diferente de usted:

Garante's Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion a usted: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Dirreccion de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de socio/ requerido para reclamo de seguro: \_\_\_\_\_

#### *Seguro Secundario/ si es aplicable*

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

ID de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha efectivo: \_\_\_\_\_ Cantidad de copago: \_\_\_\_\_

¿Has recibido algun servicio de salud mental antes (terapia, cuidado psiquiatra) ?

No

Si, previo terapeuta/proveedor psiquiátrico: \_\_\_\_\_

¿Estas tomando algun medicamento prescrito?

No

Si, por favor indicalos aqui : \_\_\_\_\_

¿Algun vez has sido prescrito un medicamento psiquiátrico?

No  Si, Por favor notalos aqui y las fechas del prescripcion:

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

Informacion de Salud y Salud Mental:

- ¿Cómo calificaría su salud física (por favor marque)

Pobre    Insatisfactoria/o    Satisfactoria/o    Bueno    Muy Bueno

Porfavor indica algun problema de salud que le esta afectando corrientemente:

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

- ¿Cómo calificaría sus habitos de dormir (por favor marque):

Pobre    Insatisfactoria/o    Satisfactoria/o    Bueno    Muy Bueno

Porfavor indica algun problema especifico que le esta afectando corrientemente con su sueño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Cuantas veces a la semana haces ejercicio?: \_\_\_\_\_

- ¿Cuales tipos de ejercicio haces?: \_\_\_\_\_

- Por favor indica algun dificultad que experiencias con su apetito o patrones de alimentacion: No Si

\_\_\_\_\_

- ¿Estas teniendo corrientemente tristeza abrumadora, dolor, o depresión?

No

Si, por aproximadamente cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

- ¿Estas teniendo corrientemente ansiedad, ataques de panico, o tienes algun fobia?

No

Si,¿Cuando empesate teniendo esos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Estas teniendo corrientemente algun dolor crónico?

No

Si, por favor describe: \_\_\_\_\_

- ¿Bebes alcohol mas de una vez a la semana? No Si
- ¿Con qué frecuencia te involucras en el uso recreativo de drogas?  
Diario Semanal Mensual Infrecuente Nunca
- ¿Esta en una relacion romantica corrientemente? No Si, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
En una escala de 1--10 (10 siendo el mejor), cómo calificarías su relación? \_\_\_\_\_
- ¿Qué cambios significativos en vida o eventos estresantes has tenido recientemente?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Por cuanto tiempo ha sido esto una problema para usted: \_\_\_\_\_
- ¿Ha considerado dañarse o matarse? No Si
- ¿Ha teniendo pensamientos corrientemente de dañarse o matarse? No Si
- ¿ Si tienes los pensamientos de dañarse, tienes un plan? No Si
- Historia de trauma (sexual, fisica, emocional). Por favor especifique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Historia Legal \_\_\_\_\_
- Historia de desarrollo: \_\_\_\_\_
- Nivel de educación \_\_\_\_\_

**Historia de Salud Mental Familiares:**

En la sección de abajo, identifica si hay algun historia familiar de algunos de los siguientes cosas. Si es asi, por favor indica su relacion con el miembro familiar en el espacio proporcionado (Padre, Abuela, Tio, etc.).

	Por favor marque	List Family Member
Alcohol/Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Ansiedad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Depresión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Violencia Domestica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Trastorno de Alimentos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Obesidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Trastorno Obsesivo Compulsivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Intentos de Suicidio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

**Additional Information:**

- ¿Está trabajando corrientemente? No Si

Si es así, ¿cual es su situación de empleo?

---

---

¿ Le gusta su empleo? ¿ Hay algo estresante de su trabajo?

---

- ¿Eres un estudiante? No Si

Si es así, ¿donde vas y cual programa/grado estas persiguiendo?

---

---

- ¿Se considera espiritual o religioso? No Si Si es así, por favor describe su fe y creencia:

---

- ¿Cuáles consideras que son algunas de sus fortalezas?:

---

---

- ¿Cuáles consideras que son algunas de tus debilidades?

---

---

- ¿Qué le gustaría lograr de su tiempo en servicios de terapia?

---

---

---

---

- ¿Tiene algun pregunta?

---

---

---