

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Toda información es confidencial

Información General

Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

A quién podemos contactar en caso de emergencia _____ Telefono # _____

Relacion _____

Nombre de su Doctor Familiar y cualquier otro médico o terapeuta involucrado en su tratamiento

¿Tiene un plan WRAP? _____ Si _____ No

¿Tiene declaracion de voluntad? _____ Si _____ No

1. Para ayudar nos entender mejor las preocupaciones que usted pueda tener, por favor marque con un circulo cualquiera de los siguientes problemas que relacione con usted:

Nerviosismo	Coraje	Soledad
Depresión	Dificultad para controlarse	Sentimientos de inferioridad
Miedo	Infelicidad	Concentración
Timidez	Problemas para Dormir	Educación
Problemas sexuales	Estrés	Opciones de carrera
Pensamientos suicidas	Trabajo	Problemas de salud
Separación	Ser padre	Templar
Divorcio	Dolores de cabeza	Pesadillas
Finanzas	Cansancio	Matrimonio
Consumo de drogas	Asuntos legales	Niños
Uso de alcohol	Energía	Apetito
Pensamientos Negativos	Tomando decisiones	Problemas de Estómago

2. ¿Alguna vez recibió tratamiento de salud mental o abuso de sustancias? _____ No _____ Si

_____ Paciente interno _____ Paciente externo

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

Lugar / Proveedor _____ Año (s) _____ Razón _____

3. ¿Cuándo fue visto por un profesional de salud mental por última vez? _____ No aplica

4. ¿Usted bebe alcohol? _____ No _____ Si

Tipo _____ Cantidad _____ Ultima Bebida _____

5. ¿Usted bebe alcohol? _____ No _____ Si

Describe _____

6. ¿Alguna vez haz tenido problemas con el abuso de sustancias (aparte del alcohol)? _____ No _____ Si

Describe _____

7. ¿Utilizas tabaco en cualquier forma?

_____ No _____ Si Describe _____

8. Consumo de cafeína actual (Soda, café, té, té helado, etc.)? _____ No _____ Si

Cantidad _____

9. ¿Toma medicamentos? Por favor incluya medicamentos de venta libre (OTC), preparaciones a base de hierbas, suplementos dietéticos, etc.? _____ No _____ Si

Drogas

Dosis

Frecuencia

Razón

Que Prescribe

10. ¿Tienes algunas problemas de salud? _____ No _____ Si

Por favor enumere:

11. ¿Haz tenido alguna hospitalización mayor, no psiquiátrica? _____ No _____ Si

Lugar

Año

Razón

12. Altura _____ Peso _____

13. ¿Tiene alguna alergia a los medicamentos o sensibilidades? _____ No _____ Si

Por favor enumere:

Droga

Sintoma

14. ¿Tiene alguna otra alergia o sensibilidad (por ejemplo, medio ambiente, comida, colorante, látex, etc.)

_____ No _____ Si Describa _____

15. En el pasado, ¿alguna vez ha estado tomando medicamentos para la ansiedad, la depresión, el insomnio, etc.?

_____ No _____ Si

En caso afirmativo,

Droga

Cuando

Cuanto Tiempo

Efectividad

Efectos Secundarios

Por qué Discontinuar

16. ¿Tiene alguna historia familiar de enfermedad mental o abuso de sustancias? _____ No _____ Si

Describe _____

Para ayudar a completar una evaluación integral, es necesario hacer las siguientes preguntas con respecto a temas culturales / espirituales.

17. ¿Con qué grupo étnico / cultural / racial se identifica? _____

18. ¿Cuál es su afiliación religiosa? _____

19. ¿Qué papel desempeña su religión / espiritualidad en su vida?

___ Positiva ___ Negativa ___ Neutral

20. ¿Existen cuestiones espirituales o culturales que, a su juicio, deban tenerse en cuenta en

Su tratamiento __ Si __ No En caso afirmativo, sirvase identificarlo?

Para estadísticos/ fines de financiación, complete las siguientes preguntas:

Etnicidad _____ Ingreso _____ Apoyando cuantos _____

Firma _____