

Mary Lee Hill, MA, MS
Terapeuta Familiar y Matrimonial
Licencia #83383
1650 Linda Vista Drive, Ste. 210
Tel (760) 687-9883 Fax (760) 539-9883

CUESTIONARIO INICIAL DEL PACIENTE

General

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ Tel. de casa _____

Tel. del trabajo _____ Fax _____

Correo Electrónico _____ Recomendado por _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil _____ Nivel Educativo _____

Ocupación _____ Nombres y edades de sus hijos _____

Datos en caso de emergencia _____

¿Cómo me puedo comunicar con usted? _____

Información Financiera

Ingreso anual del hogar _____ ¿Qué es, propietario o alquiler? _____

¿Cómo piensa pagar por las sesiones de terapia, (en efectivo, cheque, crédito, o seguro de salud)?

Si piensa utilizar el seguro de salud:

Nombre de la compañía de salud _____

Número de póliza _____ Número de Grupo _____

Número de teléfono _____

Motivos de Preocupación

¿Cuáles son las causas o motivos por los que busca tratamiento? Descríbalos por favor.

¿Tiene metas específicas con respecto al tratamiento? _____

¿Tiene miedos o preocupaciones particulares con respecto al tratamiento? _____

Historia Psicológica

¿Ha recibido tratamiento de salud mental en el pasado? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Cuál fue el enfoque del tratamiento? _____

Nombre, dirección, y teléfono del terapeuta _____

¿Ha tomado alguna prueba psicológica en el pasado? _____

Si es así, quien se la administró; nombre, dirección y teléfono?

¿Alguna vez lo han hospitalizado por problemas mentales o emocionales? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Por qué fue hospitalizado? _____

Nombre, dirección, y teléfono del terapeuta o doctor que la/lo atendió _____

¿Actualmente está tomando algún medicamento? _____

¿Quién se lo recetó? _____

¿cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? _____

¿Ha tomado medicamentos para alguna condición mental o emocional? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha tratado de suicidarse? _____

¿Cuándo? _____

Describa las circunstancias que lo llevaron a tal intento de suicidio. _____

¿Actualmente tiene pensamientos de suicidio? Por favor descríbalos. _____

Por favor describa su niñez. _____

¿Fue sujeto a abuso verbal, físico, emocional o sexual? Por favor describa. _____

¿Alguna vez ha sido víctima de violencia doméstica? Por favor describa. _____

Historia Médica

¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad seria? Por favor describa. _____

¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar su tratamiento de salud mental? _____

Por favor describa su actual salud. _____

¿Está sufriendo síntomas médicos o físicos que atribuya a alguna condición mental, emocional o de estrés? Por favor describa. _____

¿Ha participado en algún programa de los 12 Pasos? Por favor describa. _____

¿Fuma? _____

¿Cuánto? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Toma alcohol? _____

¿Cuánto alcohol consume semanalmente? _____

¿Actualmente, usa drogas ilegales? Por favor describa. _____

¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? Por favor describa. _____

Historia de su Familia de Origen

Nombre de su madre, edad, vive/o ya falleció, su edad cuando su madre falleció, describa su relación con su madre. _____

Nombre de su padre, edad, vive/o ya falleció, su edad cuando su padre falleció, describa su relación con su padre. _____

Nombres y edades de hermanos y hermanas. _____

Información Adicional

Describa su identidad espiritual. _____

¿Cuáles son sus intereses o aficiones? _____

¿Ha sido demandado o ha demandado a alguien? _____

Por favor describa. _____

Si hay algo que no se haya preguntado y usted lo considere importante para el tratamiento de su salud mental, por favor menciónelo a continuación. _____