

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Jonadab S. Franco, LCSW, LISW-CP
21st Century Counseling, PLLC
Formulario de admisión del cliente

Por favor complete toda la información en este formulario y llévela a la primera cita. Puede parecer largo, pero la mayoría de las preguntas requieren sólo un cheque, por lo que irá rápidamente. Es posible que tenga que preguntar a los miembros de la familia sobre la historia familiar. ¡Gracias!

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre o tutor del paciente (si es menor de 18 años):

****Las siguientes preguntas son en referencia al paciente
(no del padre o tutor del paciente)****

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: Soltero / Nunca casado Casado Divorciado Separado

Viuda Pareja Doméstica

Por favor enumere los niños y las edades:

Dirección de casa:

(Número de calle)

(Ciudad (*): Estado (*): Código postal)

Teléfono de la casa: _____ sí no

(está bien dejar un mensaje / texto)

Celular / Otro Teléfono: _____ sí no

(Autorización para dejar un mensaje / texto)

Correo electrónico: _____ sí no

* Su dirección de correo electrónico también se usará para crear una cuenta de portal de paciente

* (bien para enviar un mensaje por correo electrónico)

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

¿Cómo se enteró de Jonadab S. Franco, LCSW, LISW-CP: _____

Referido por (si hay):

Información de Contacto en caso de Emergencia:

(Nombre) (Relación) (Teléfono #)

¿Ha recibido previamente algún tipo de servicios de salud mental, tales como servicios de consejería o psiquiátricos: sí no

En caso afirmativo:

(Nombre) (Teléfono)

¿Cuáles son los problemas para los que está buscando ayuda para usted o su hijo (a)?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Cuáles son sus metas de tratamiento? ¿Qué quiere que la terapia logre?

Antecedentes de la familia y la historia de la niñez

Por favor, liste todas las condiciones médicas (físicas y mentales) que existen dentro de su familia, así como el miembro de la familia con la condición:

¿Hay antecedentes de abuso de drogas / alcohol y adicción en su familia? En caso afirmativo, sírvase describir:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

¿Hay algún historial de suicidio en su familia? Si es así, escriba:

¿Tienes hermanos? Si es así, por favor, haga una lista con las edades, identifíquela como hermano o hermana (no liste nombres):

¿A quién recurrir para obtener apoyo en su familia?

¿Fue adoptado? Sí No ¿Dónde creció? _____

Enumere a sus hermanos y sus edades:

¿Cuál es el nombre de tu padre?

¿Cuál es la ocupación de tu padre?

¿Cuál es el nombre de tu madre?

¿Cuál era la ocupación de tu madre?

¿Se divorciaron tus padres? Sí No

Si es así, ¿cuántos años tenía cuando se divorciaron?

Si sus padres se divorciaron, ¿con quién vivía?

Describa su padre y su relación con él:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Describa su madre y su relación con ella:

¿Cuántos años tenías cuando saliste de casa?

¿Ha muerto alguien en su familia inmediata?

¿Quién y cuándo?

Historia del desarrollo

¿Su madre tuvo un embarazo difícil con usted? sí no

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

¿Nació prematuro o a término? Si es prematuro, informe cuántas semanas: _____

¿Cómo fue tu nacimiento? Normal / Vaginal C-Sección Fémur o otro:

¿Ha tenido el niño algún problema con alguno de los siguientes?

Sonriendo sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

Sentarse sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Caminar sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Hablando sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Entrenamiento para el baño sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

Humedecer en la cama sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Salud y Medicina

¿Tiene actualmente un médico de cabecera? sí no

Si es así, ¿quién es? _____

¿Actualmente está viendo más de un especialista en salud? sí no

En caso afirmativo, sírvase enumerar:

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

Sírvase enumerar cualquier síntoma físico persistente o problemas de salud (por ejemplo, dolor crónico, dolores de cabeza, hipertensión, diabetes, etc. .:

Enumere TODOS los medicamentos recetados actuales y con qué frecuencia los toma: (si ninguno, escriba ninguno)

Nombre del Medicamento | Cantidad total | Dosis diaria | Fecha estimada de inicio

Medicamentos o suplementos sin receta:

¿Cómo describiría su salud física actual (marque una):

Poco Insatisfactorio Satisfactorio Bueno Excelente

Alergias _____ Peso Actual _____ Altura _____

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Sírvase enumerar las condiciones médicas actuales:

¿Está usted teniendo algún problema con su sueño o patrones de alimentación (si es así, por favor describa):

Por favor, compruebe en la siguiente lista cualquier artículo que ha experimentado recientemente:

- Pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas
- Tristeza abrumadora
- Llanto frecuente o llanto
- Sin esperanza
- Ansiedad abrumadora, pánico o preocupación
- Quejas físicas frecuentes (dolores de cabeza, dolor de estómago, etc.)
- Cambio significativo en el peso
- Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido por la noche
- Hiperactividad o a menudo actúan sin considerar alternativas
- Negativa a seguir reglas o instrucciones, incluso cuando la solicitud es razonable
- Comportamiento negativo hacia compañeros
- Conductas negativas hacia la figura de autoridad de un adulto
- Aumentar los comportamientos de riesgo
- Patrones de pensamiento de carreras o desorganizados
- Pensamientos de suicidio
- Irritabilidad o enojo
- Cambios de humor
- Mutilación propia
- Sobre indulgencia en alcohol, drogas recreativas o actividad sexual

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Uso de sustancias

¿Alguna vez ha sido tratado por abuso de alcohol o drogas? Sí No

**** Si es NO, salte al encabezado de historial de trauma ****

En caso afirmativo, ¿para qué sustancias?

En caso afirmativo, ¿dónde fue tratado y cuándo?

¿Cuántos días a la semana bebe alcohol? _____

¿Cuál es el menor número de bebidas que vas a beber en un día? _____

¿Cuál es la mayor cantidad de bebidas que vas a beber en un día? _____

En los últimos tres meses, ¿cuál es la mayor cantidad de bebidas alcohólicas que ha consumido en un día? Unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org

¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Le ha molestado la gente criticando su consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Alguna vez se sintió mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Alguna vez tomó una bebida o usó drogas a primera hora de la mañana para estabilizar sus nervios o para deshacerse de una

¿resaca? Sí No

¿Cree que puede tener un problema con el consumo de alcohol o drogas? Sí No

¿Ha utilizado alguna droga de la calle en los últimos 3 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles y por cuánto tiempo?

Círcule si alguna vez has probado lo siguiente:

Metanfetamina

Cocaína

Estimulantes (píldoras)

Heroína

LSD o alucinógenos

Marijuana

Analgésicos (no según lo prescrito)

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

- Metadona
- Tranquilizador / pastillas para dormir
- Alcohol
- Éxtasis
- Otros _____

¿Cuántas bebidas con cafeína usted bebe al día? Café _____ Sodas _____ Té _____

Historia del uso de tabaco

¿Cómo fumaste cigarrillos? Sí No

¿Actualmente? Sí No ¿Cuántos paquetes por día en promedio? _____ ¿Cuántos años? _____

¿En el pasado? Sí No ¿Cuántos años fumó? _____ ¿Cuándo renunció? _____

Pipe, cigarros, o tabaco de mascar: ¿Actualmente? Sí No En el pasado? Sí No

¿Que tipo? _____ ¿Con qué frecuencia por día en promedio? _____ ¿Cuántos años?

Unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org

Historia de Trauma

¿Tiene antecedentes de abusos emocionales, sexuales, físicos o por descuido? Sí No

Por favor, describa cuándo, dónde y por quién:

Información Religiosa / Espiritual

¿Te consideras religioso? no sí

Si es así, ¿cuál es su fe? _____

Si no, ¿te consideras espiritual? no sí

¿Considera que su participación es útil durante esta enfermedad, o la participación hace que las cosas sean más difíciles o estresantes para usted? más útil estresante

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

Historia educacional

¿El grado más alto completado? _____ ¿Dónde? _____

¿En qué grado estás actualmente? _____ Nombre de escuela: _____

¿Tuvo que repetir un grado? sí no. En caso afirmativo, ¿qué grado repitió?

¿Tiene actualmente un plan educativo individualizado, IEP o un plan 504? sí no

¿Alguna vez tuvo un Plan Educativo Individualizado (IEP) cuando asistió a la escuela?

sí no

¿Alguna vez has tenido clases especiales? sí no. En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

¿Mostró algún problema de conducta o comportamiento cuando asistió a la escuela? sí no.

En caso afirmativo, explique el problema de los comportamientos que tuvo en el contexto educativo:

¿Asistió a la universidad? _____ ¿Dónde? _____ ¿Mayor?

Unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org

¿Cuál es su nivel educativo más alto o grado alcanzado?

Ocupacional y Social

¿Está actualmente: Trabajando Estudiante Desempleado Discapacitado Jubilado

Si está trabajando cual es su ocupación actual:

¿Disfrutas tu profesión actual? sí no

Si no lo que cambiaría: _____

Por favor enumere cualquier problema legal actual en este momento, en su caso:

Consumer Name: _____	Date of Birth: _____
Insurance Number: _____	Medical Record #: _____

¿Qué tipo de actividades o estrategias de afrontamiento usas cuando estás estresado o abrumado?

¿Cuáles son tus puntos fuertes como persona?

Describe brevemente lo que le ha traído a la terapia en este momento y qué objetivos le gustaría lograr durante la terapia.

¿Hay algo más que usted quisiera que supiéramos?

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Firma y fecha de hoy: _____

Firma del tutor (si es menor de 18 años)

**Por favor devolver el Formulario de Ingreso de Cliente completado a:
Jonadab S. Franco, MSW, LCSW, LISW-CP en 304 E Greene Street, Rockingham, NC 28379 para el
momento de la evaluación o cita inicial.**