



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## ENCUESTA

### INFORMACION GENERAL

Nombre \_\_\_\_\_ F.D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

(Fecha de Nacimiento)

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono principal \_\_\_\_\_ (otro) \_\_\_\_\_ (otro) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Identidad Etnica \_\_\_\_\_ Ultimo Nivel de Educación \_\_\_\_\_

**Empleo Actual** \_\_\_\_\_

Estado de Relación (*soltero/a, casado/a, separado/a, etc.*): \_\_\_\_\_

Hijos:

Nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Otros adultos en casa:

Nombre \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_ tiempo vivir juntos \_\_\_\_\_

---

---

---

Contacto de Emergencia/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Recomendado por (*quien lo recomendó*): \_\_\_\_\_

¿Esta involucrado en litigio (demanda legal, divorcio, custodia de hijos, proceso en la corte, daños personales) ahora o existe posibilidad en el futuro? \_\_\_\_\_

**META DE CONSEJERIA:** ¿Cuales son sus preocupaciones actuales? ¿Cómo será diferente su vida si estas se resolvieran?

---

---

---

**HISTORIA DE SALUD** (salud física actual, cambios de salud) Ultimo reviso físico con medico: \_\_\_\_\_

---

---

---

Por favor detalle información actual o pasado de medicamentos \_\_\_\_\_

---

---

Médico encargado de medicamentos: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE USO DE DROGAS y ALCOHOL** (alcohol/drogas/fumar pasado o presente, etc.)

---

---

---

**PREOCUPACIONES ACTUALES:** Por favor identifica los síntomas preocupantes:

Aislarse	Bajo energía	Dificultad de dormir	Hiperactividad	Obsesiones
Alucinaciones	Bulimia	Dolores de cabeza	Insomnio	Palpitaciones
Anorexia	Cambios de apetito	Dolor de estomago	Intento de suicidio	Pesadillas
Ansiedad/tensión	Cambios de humor	Duda propia	Llora	Problemas sexuales
Asunto de género	Compulsiones	Duelo	Miedos	Relaciones
Asuntos sociales	Delusiones	Enojo	Molesto	Sobre comer
Ataques de pánico	Depresión	Escuela/trabajo	Motivación baja	Uso de drogas
Bajo auto estima	Desorden evacuación	Estrés	No enfocarse	Violencia Doméstica

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

**Apuntes Clínicas/ Sesión Inicial:**