

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST
LICENSE NO. 001343-1**

FORMULARIO DE INGRESO DEL CLIENTE

Por favor provee la siguiente información y responde a las preguntas a continuación. La información que provee aquí es protegida como confidencial.

Fecha de Hoy: _____
(mes/día/año)

Nombre del cliente: _____
(Primer, Segundo, Apellido(s))

Fecha de nacimiento: _____
(mes/día/año)

Nombre del padre/tutor legal (si el cliente tiene menos de 18 años): _____
(Primer, Segundo, Apellido(s))

Dirección: _____
(Calle/Casilla de correo) (Apartamento/Suite)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono #: _____
¿Se puede dejar mensajes? ___Si ___No

Teléfono Alternativo #: _____
¿Se puede dejar mensajes? ___Si ___No

Dirección electrónica: _____
¿Se puede comunicar por correo electrónico? ___Si ___No

**Favor de notar: Correspondencia por correo electrónico no es considerado un medio de comunicación confidencial*

Referido/a/e por: _____

Contacto de emergencia _____ Relación al cliente: _____
& número de teléfono del contacto: _____

Nombre del Médico de Cabecera: _____ Número de Teléfono: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Alguna preocupación acerca de su situación de vivienda actual? ___ Si ___ No

Si afirmativo, favor de especificar: _____

Género:
___ Mujer
___ Hombre
___ Transgénero [Chequee uno ___ HaM ___ MaH]
___ Otro: _____

Raza: _____
Etnia: _____
Religión/Espiritualidad: _____

Prenombres Preferido(s): _____
(ella/él/elle/etc.)

GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST
LICENSE NO. 001343-1

Estado Actual de Relación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca casado/a/e | <input type="checkbox"/> Pareja doméstica |
| <input type="checkbox"/> Casado/a/e | <input type="checkbox"/> Involucrado/a/e con parejas múltiples |
| <input type="checkbox"/> Separado/a/e | <input type="checkbox"/> Divorciado/a/e |
| <input type="checkbox"/> Viudo/a/e | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Si está en una relación: Sobre una escala del 1 al 10, con 1 siendo pésima y 10 siendo excelente ¿cómo calificaría su relación? _____

Hijos (edad/género): _____

¿Sus hijos viven en casa con usted?: No Si

¿Se siente seguro/a/e en casa? Si No A veces Prefiere no decir

Nivel de educación (último grado completado): _____

¿Actualmente es estudiante? No Si; Programa educativo: _____

¿Actualmente esta empleado/a/e? No Si

Si afirmativo, ¿cuál es su situación actual de empleo? _____

¿Le gusta su trabajo? ¿Tiene alguna situación estresante en su trabajo actual?

Alguna vez ha recibido cualquier tipo de servicio de salud mental (psicoterapia, atención psiquiátrica, etc.)?

No

Si

¿Actualmente esta recibiendo algún otro tipo de servicio de salud mental (atención psiquiátrica, consejería individual o de pareja, etc)?

No

Si, Nombre del profesional/Tipo de atención: _____

¿Actualmente esta tomando medicamentos con receta médica?

No

Si; Favor de enumerar: _____

¿Alguna vez le han recetado un medicamento psiquiátrico?

No

Si; Favor de enumerar y proveer las fechas _____

SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico? Si No

Si afirmativo, Compañía de Seguro/Tipo: _____

Número de la Póliza: _____ Número de Grupo: _____

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST
LICENSE NO. 001343-1**

Ingreso Familiar Anual: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD GENERAL Y MENTAL

1. *¿Cómo calificaría su salud física actual? (favor de chequear)*

Pobre No satisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor enumere cualquier problema de salud específico que tiene actualmente:

2. *¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales? (favor de chequear)*

Pobres No satisfactorios Satisfactorios Buenos Muy buenos

Por favor enumere cualquier trastorno de sueño que esté experimentando actualmente:

3. *Generalmente ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio físico?* _____

¿Qué tipo de ejercicio físico hace? _____

4. *Por favor enumere cualquier dificultad que esté experimentando con su apetito o patrones de alimentación:*

5. *¿Actualmente está experimentando una tristeza o depresión abrumadora, o esta en proceso de duelo?*

No

Si

Si afirmativo, ¿desde hace cuánto cuánto tiempo aproximadamente? _____

6. *¿Está deseando/pensando en matarse o hacerse daño?*

No

Si

Si afirmativo: ¿desde hace cuánto tiempo aproximadamente? _____

¿Qué tan frecuentes son estos pensamientos? _____

¿Cuándo tiempo duran? _____

7. *¿Alguna vez ha intentado de quitarse la vida o herirse seriamente?*

No

Si

Si afirmativo, por favor describa cuándo: _____

**GABRIELA PORTAS, ATR-BC, LCAT
PSYCHOTHERAPIST & CREATIVE ARTS THERAPIST
LICENSE NO. 001343-1**

8. *¿Actualmente está experimentando ansiedad, ataques de pánico, o alguna fobia?*

- No
- Si

Si afirmativo, cuando empezó a experimentar estas síntomas? _____

9. *¿Actualmente está experimentando algún dolor crónico?*

- No
- Si

Si afirmativo, por favor descríbalo _____

10. *¿Qué tan frecuentemente toma alcohol?*

- Nunca
- Infrecuentemente
- Mensualmente
- 2-3x/Mes
- Semanalmente
- A diario

11. *¿Qué tan frecuentemente usa drogas recreativas?*

- Nunca
- Infrecuentemente
- Mensualmente
- 2-3x/Mes
- Semanalmente
- A diario

12. *¿Tiene alguna discapacidad?*

- No
- Si

Si afirmativo, por favor describa: _____

12. *¿Ha experimentado algún cambio de vida significativo o eventos estresantes recientemente? (escriba N/A si no aplica):*

13. *En sus propias palabras, ¿cuál es la preocupación a la cual quiere dedicarse en un proceso terapéutico?*

_____.

Gracias por completar este formulario de ingreso.