



DYOS Counseling, PLLC
Discovering Your Own Strength

Evaluación Inicial

Terapia Individual Adulto

Fecha _____ Quien lo(a) recomendó a este servicio? _____

Nombre del Cliente _____ Telefono _____

Dirección _____

Contacto de Emergencia _____

Grupo étnico _____ Nacionalidad _____

Estado civil:

Casado(a)

Divorciado(a)

Soltero(a)

Viudo(a)

Separado(a)

unión libre

Situación laboral:

Empleado(a)

Desempleado(a)

Razones que lo(a) motivan a buscar terapia _____

Historia de los problemas actuales: Describa la manera en que los problemas que lo(a) motivan a buscar terapia se han ido desarrollando en su vida; incluyendo conducta problemática, síntomas, intensidad de los síntomas (en caso de haber síntomas presentes)

HISTORIA DE SALUD FÍSICA Y MENTAL

Ha estado usted hospitalizado(a) por problemas de salud física o mental?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, mencione las razones y enliste los medicamentos que le fueron recetados por motivo de la hospitalización.

Alguno de estos problemas están relacionados con problema de abuso de sustancias o fobias, intentos de suicidio, enfermedad maniaco-depresiva, violencia, esquizofrenia, etc?

HISTORIA MEDICA

Cuenta usted con un médico familiar a quien acudir para revisiones periódicas.

Tiene usted problemas médicos en la actualidad? Está recibiendo tratamiento médico? _____

Ha tenido problemas médicos en el pasado: quien y que problemas se presentaron? _____

Tiene alguna discapacidad?(si su respuesta es afirmativa, requiere de adaptaciones especiales? _____

DESARROLLO PSICOSOCIAL

Enliste los nombres de sus hermanos de mayor a menor incluyendo sus edades

Relaciones Familiares.-Describa la niñez de cada miembro de la familia arriba mencionado, las relaciones entre cada uno de los miembros conforme han ido creciendo, incluyendo las relaciones con los padres de familia, muestras de violencia y/o maltrato entre los miembros si es que hubo; muestras de afecto. Describa también como es su relación en la actualidad con los mismos (padres y hermanos) .

Describa la manera en que usted y su familia actual pasa el tiempo libre: pasatiempos, entretenimiento, diversiones, momentos de compartir todos juntos.

Mencione los recursos con que cuenta la familia: apoyo de familiares y amigos, trabajo, escuela, etc.

Cuál es su grado máximo de educación?

Tiene usted algún problema de tipo legal? Si su respuesta es afirmativa, qué medidas ha tomado para resolverlo?

Si hay alguna consideración especial que le gustaría que tuviéramos con motivo de su cultura, por favor enlístela(s) a continuación:

Describa su práctica religiosa: religión, frecuencia con que asiste a misa/servicio, nivel de involucramiento espiritual, etc.

Tiene usted algún problema relacionado con adicciones o conductas compulsivas (sexo, apostar, con la comida, con la limpieza, con las compras, internet, trabajo, videojuegos, etc.)

Ha tenido usted :

- | | En el pasado | | En el presente | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ideas suicidas u homicidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Urgencias suicidas u homicidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Planes suicidas u homicidas | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio u homicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Comentarios adicionales:

Mencione si usted ha:

	En el pasado		En el presente	
Sufrido de abuso físico/ sexual?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha abusado a alguien de manera Física/sexual	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Si su respuesta fue afirmativa, especifique

ES IMPORTANTE QUE SEPA QUE SU TERAPEUTA DISCUTIRÁ ESTA INFORMACIÓN CON USTED. SIÉNTASE LIBRE DE DISCUTIR O CLARIFICAR AQUELLA INFORMACIÓN QUE USTED CREA QUE NECESITA UN DIALOGO MAS PROFUNDO.

GRACIAS