

Alegre Counseling & Consulting Services, LLC
Julio L. Benezra, M.S.Ed. & Shelly M. Benezra, M.S.Ed.
Licensed Professional Counselors
Certified Clinical Trauma Professionals

HISTORIA PERSONAL

FECHA: _____ NOMBRE COMPLETO: _____ :

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿Describa en detalle por qué está buscando usted la terapia? _____

¿Cuánto tiempo ha experimentado este problema? _____

¿Qué pasó que eso le hizo decidir entrar ahora? _____

¿Por qué piensa usted que este problema está pasando? _____

¿Cómo ha intentado usted resolver estos problemas? _____

¿Cuáles son sus metas para la terapia? _____

¿Esta usted seguro que pueda llegar ha estas metas? Sí No No estoy seguro

¿Cuál es su religión? _____ ¿Cuál es su fondo cultural? _____

¿Es su cultura o religión parte de estos problemas? No Sí Si sí, por favor explique:

NOMBRE: _____ **# DEL SEGURO SOCIAL:** _____

¿Quién necesita ser involucrado en el proceso terapéutico para lograr sus metas? _____

¿Qué dirían personas que lo conocen bien sobre este problema?

Describa sus más grandes logros - las cosas usted esta mas orgulloso?

¿Cómo es que estos logros lo pueden alludar a superar este problema?

Por favor indique las reacciones que usted ha estado experimentando como resultado del problema presente. Por favor use la balanza siguiente:

Balanza de severidad: 1 = *Apacible* 2=*Moderate* 3=*Serio*

Valuación de duración: (1 = *menos de 1 mes*) (2 = *1-6 meses*) (3 = *7-12 meses*) (4 = *más de 1 año*)

Reacción	Severidad	Duración	Reacción	Severidad	Duración	Reacción	Severidad	Duración
Agitado			Quebrado			Apetito Perturbado		
Enojado			Miedo			Mucha Energía		
Ansioso			Fatigado			Pensamientos sobre dañar a si mismo		
Aburrido			Abandonado			Pensamientos sobre dañar a otros		
Deprimido			Confundido			Sueño Perturbado		
Triste			Amenazado			Dificultad en concentración		
Desamparado			Querido			Problemas Sexuales		
Traicionado			Desvalido			Desesperado		
Chequeado			Alegre			Obsesionando		

NOMBRE: _____ **# DEL SEGURO SOCIAL:** _____

INFORMACION FAMILIAR

Espos/a o Novio/a #1: Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____

Educación: _____ Ocupación: _____

Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____

Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____

¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

Espos/a o Novio/a #2: Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____

Educación: _____ Ocupación: _____

Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____

Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____

¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

Espos/a o Novio/a #3: Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____

Educación: _____ Ocupación: _____

Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____

Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____

¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

Padre: Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____

Educación: _____ Ocupación: _____

Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____

Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____

¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

NOMBRE: _____ **# DEL SEGURO SOCIAL:** _____

Madre: Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____
Educación: _____ Ocupación: _____
Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____
Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____
¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

Padrastrro: Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____
Educación: _____ Ocupación: _____
Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____
Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____
¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

Madrasta: Nombre: _____ Edad: _____
Fecha de la boda: _____ Fecha del divorcio: _____ Hijos/as: _____
Educación: _____ Ocupación: _____
Historia de problemas con la salud mental: Si NO ¿Que tipo? _____
Historia de abusar alcohol o otras drogas: Si NO Cual? _____
¿Problemas legales (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? Si NO

Hijos o hijas, edad al presente: _____

Hijastros, edad al presente: _____

NOMBRE: _____ **# DEL SEGURO SOCIAL:** _____

Por favor describa qué bien que usted se lleva bien con miembros familiares.

Por favor describa donde usted vivió durante su niñez, cuando con quien, y quién tenía custodia.

HISTORIA SOCIAL

¿Se ha abusado usted alguna vez?

¿Físicamente? No Si ¿Por quien? _____

¿Emocionalmente? No Si ¿Por quien? _____

¿Sexualmente? No Si ¿Por quien? _____

¿Tiene usted un amigo mejor? No Si Hombre Mujer Cuanto tiempo? _____

¿Sobre cuántos amigos íntimos tiene usted? _____

¿Qué a menudo estatifica usted fuera de horas de trabajo? _____

¿Qué tipos de actividades sociales disfruta usted? _____

¿Tiene usted algunos problemas con sus amistades? No Si ¿Qué tipo? _____

¿Ha tenido usted alguna vez algún problema legal (arrestos, tiempo de la cárcel, las multas)? No Si ¿Qué tipo? _____

¿Tiene usted actualmente alguna preocupación financiera? No Si ¿Qué tipo? _____

NOMBRE: _____ # DEL SEGURO SOCIAL: _____

HISTORIA EDUCATIVA

Liste las escuelas asistidas, con ciudad, grados, y fechas: _____

¿Ha repetido un grado? No Si Cuando? _____

Actuación general en escuela, ej., todo el A's, principalmente C's, etc.,: _____

¿Cualquier problema con escuela? Cuando? _____

¿En Educación Especial? ¿Qué áreas? _____

En último grado que complete en la escuela: _____

Fuerzas: _____

Debilidades: _____

HISTORIA de TRABAJO

¿Edad cuándo usted consiguió su trabajo 1? _____ ¿Cuál fue? _____

Todos los otros trabajos, con fechas: _____

¿Qué tipos de problemas tenía usted a estos trabajos? ¿En la vida se disparado?

¿Cuántos trabajos ha tenido usted en los últimos 5 años? _____

¿Se ha despedido usted alguna vez? ¿Por qué? _____

Patrón actual: _____ La posición: _____

¿Entrada anual?: _____ ¿Cuantas horas?: _____ ¿Horas per semana?: _____

¿Cuánto tiempo al trabajo actual? _____

Satisfacción con el trabajo: 1-10 (1=pobre, 10=excelente) _____

¿Cualquier problema de actuación de trabajo? _____

NOMBRE: _____ # DEL SEGURO SOCIAL: _____

HISTORIA de SALUD MENTAL

Por favor describa la salud mental emite usted ha experimentado en su vida

	EPISODIO 1	EPISODIO 2	EPISODIO 3
Fecha			
Problema			
Doctor/Telefono			
Cuanto Duro			
Medicación			
Resultado			

Informacion Adicional: _____

¿Ha tenido problemas con la salud mental de otros familiares? No Si ¿Cual fue la
diagnosis y el tratamiento? _____

	No	Si	Comentarios
Ha tratado de suicidarse	_____	_____	_____
Historia familiar de suicidio	_____	_____	_____
Homicidio o violencia	_____	_____	_____
Historia familiar de homicidio	_____	_____	_____

¿Cualquier otra información que yo debo saber sobre su historia de salud mental?

NOMBRE: _____ **# DEL SEGURO SOCIAL:** _____

¿Tiene usted cualquier idea, intenciones, o planes de herirse a si mismo o otros? No Si

Presentemente:	Ideas	Intenciones	Plan	Comentarios
Suicidio	_____	_____	_____	_____
Homicidio	_____	_____	_____	_____

Describe las intenciones o planes: _____

USO de la SUBSTANCIA ACTUAL Y PASADO (Incluso el tabaco y medicaciones del encima de-el-contador) *Ruta de Administración: 1-Smoked, 2-Nasal, 3-Oral, 4-IM, 5-IV,

Substancia	Edad de primer uso	Fecha del ultimo uso	Uso Regular	Frecuencia del Uso	Cantidad	*Ruta de Admin.
Alcohol						
Cocaína						
Marihuana						
Alucinógenos						
PCP						
Tabaco						
Esteroides						
Otros:						

Historia de Síntomas Abuso-relacionados (Cheque todos que Aplican)

Esfuerzos a parar o controlar el uso/abuso: _____

Historia del Tratamiento para el uso de drogas ____No ____Si (donde)

Proveedor	Fecha	Hospitalizado	Sin Hospitalización	Grupo de Apoyo	Completo el Programa?

NOMBRE: _____ # DEL SEGURO SOCIAL: _____

Consecuencias del uso de drogas o alcohol No Si (Cuales)

Matrimonio Emocionales Accidentes
 Amigos Familia/hijos Trabajo
 Legales Finanzas Salud
 Otros: _____

Historia del uso/abuso de alcohol o drogas en la familia? No Si (Quien)

HISTORIA MÉDICA

Cual fue la ultima vez que vio a un doctor y para que? _____

Por favor describa los problemas médicos en los últimos 5 años:

FECHA	DIAGNOSIS / MEDICINA / TRATAMIENTO	DOCTOR

MEDICINAS QUE ESTA TOMANDO AL PRESENTE

NOMBRE	CANTIDAD Y FRECUENCIA	CUANDO EMPEZO