

Departamento De Consejería

<p>Fecha: _____  Nombre del Paciente: _____  Nombre del Padre /Guardián y la relación (si el paciente es menor de edad): _____  Dirección: _____  Fecha de nacimiento: _____  Número de casa: _____  Teléfono del Trabajo: _____  Contacto de Emergencia y Número de Teléfono: _____  Estado civil: ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Casado/a  ___ Separado/a ___ Viudo/a ___ Unión libre  Nombre del cónyuge/compañero/a: _____  ¿Lo podemos llamar a su casa? ___ Sí ___ No  ¿Lo podemos llamar al trabajo? ___ Sí ___ No</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Nombre de Niños</td> <td style="width:33%;">Edad</td> <td style="width:33%;">Vivé con usted</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nombre de Niños	Edad	Vivé con usted	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____																																																
Nombre de Niños	Edad	Vivé con usted																																																											
_____	_____	_____																																																											
_____	_____	_____																																																											
_____	_____	_____																																																											
<p>Brevemente describa la razón por la que está visitando :   ¿Cuánto tiempo tiene con este problema?  _____  _____  _____</p>	<p>¿Por qué decidió buscar ayuda?  _____  _____  _____  _____</p>																																																												
<p>¿Qué consejería / tratamiento ha tenido usted antes?  _____  ¿Le ayudo? _____</p>	<p>¿Qué otras opciones ha tomado para manejar este problema?  _____  _____  _____  _____</p>																																																												
<p>¿En general que tan serio considera es este problema?  1 2 3 4 5  (no muy) (muy)  ¿En que manera le ha afectado este problema?:  <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:10%;">No me ha afectado</th> <th style="width:10%;">A veces</th> <th style="width:10%;">Muchísimo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Matrimonio/compañero</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Familia</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Trabajo/Escuela</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Amistades</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Situación Financiera</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Salud</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Nivel/nervios de ansiedad</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Humor</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Habitos de comida</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Habito de dormir</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Concentración</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Con los niños</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Control de Carácter</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> <tr><td>Espiritualidad</td><td>_____</td><td>1 2 3</td><td>4 5</td></tr> </tbody> </table> </p>		No me ha afectado	A veces	Muchísimo	Matrimonio/compañero	_____	1 2 3	4 5	Familia	_____	1 2 3	4 5	Trabajo/Escuela	_____	1 2 3	4 5	Amistades	_____	1 2 3	4 5	Situación Financiera	_____	1 2 3	4 5	Salud	_____	1 2 3	4 5	Nivel/nervios de ansiedad	_____	1 2 3	4 5	Humor	_____	1 2 3	4 5	Habitos de comida	_____	1 2 3	4 5	Habito de dormir	_____	1 2 3	4 5	Concentración	_____	1 2 3	4 5	Con los niños	_____	1 2 3	4 5	Control de Carácter	_____	1 2 3	4 5	Espiritualidad	_____	1 2 3	4 5	<p>Describe cualquier problema medico:  _____  _____  _____  _____</p> <p>¿Cuándo fue su examen físico?  _____  _____  _____</p> <p>¿Qué espera lograr viniendo aquí?  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____  _____</p>
	No me ha afectado	A veces	Muchísimo																																																										
Matrimonio/compañero	_____	1 2 3	4 5																																																										
Familia	_____	1 2 3	4 5																																																										
Trabajo/Escuela	_____	1 2 3	4 5																																																										
Amistades	_____	1 2 3	4 5																																																										
Situación Financiera	_____	1 2 3	4 5																																																										
Salud	_____	1 2 3	4 5																																																										
Nivel/nervios de ansiedad	_____	1 2 3	4 5																																																										
Humor	_____	1 2 3	4 5																																																										
Habitos de comida	_____	1 2 3	4 5																																																										
Habito de dormir	_____	1 2 3	4 5																																																										
Concentración	_____	1 2 3	4 5																																																										
Con los niños	_____	1 2 3	4 5																																																										
Control de Carácter	_____	1 2 3	4 5																																																										
Espiritualidad	_____	1 2 3	4 5																																																										

## Departamento de Consejería

**Para ser completado por un adolescente (entre las edades de 12 a 17)**

1. ¿Alguna vez ha usado drogas antes de ir a la escuela o durante las hora de escuela? \_\_\_ Sí \_\_\_No
2. ¿Alguna vez ha faltado a la escuela por el uso de drogas? \_\_\_ Sí \_\_\_No
3. ¿Se reúne ud solo con los q usan drogas? \_\_\_ Sí \_\_\_No. ¿Evita usted a los q no usan drogas? \_\_\_ Sí \_\_\_No

¿Qué tan seguido usa drogas? \_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido usa una droga más que otra para ponerse en onda? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes? favor marcar todo lo que apliquen:**

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| _____ Suicidio (pensarlo, hacer planes)          | _____ Abuso de Drogas   |
| _____ Cometer Homicidio (pensarlo, hacer planes) | _____ Violencia / Abuso |

**Anote cualquier Medicamento para La Ansiedad o La Depresión (especifique)**

Medicamento para la Ansiedad	Medicamento para la Depresión

**Marque cuantas veces usted usalas siguientes drogras :**

	2 ó más al día	1 al día	Semanal	Mensual	Menos de un mes
Cocaina	_____	_____	_____	_____	_____
Marijuana	_____	_____	_____	_____	_____
Heroína	_____	_____	_____	_____	_____
Anfetamina (meta, “agua”)	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamento para el dolor	_____	_____	_____	_____	_____
Otras drogas (especificar)	_____	_____	_____	_____	_____