

Cuestionario de Historia del Cliente

Fecha: _____

Información del Cliente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Pronombres preferidos: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Motivo de la Visita

¿Qué lo trae a consejería hoy?

¿Qué espera que sea diferente después de la consejería?

Seguridad y Riesgo

Pensamientos de suicidio o autolesión

Intento(s) de suicidio

Pensamientos de dañar a otros

Historia de violencia o de dañar a otros

Consumo actual de alcohol o drogas (especifique): _____

Tratamiento previo por uso de sustancias

Historial de Salud Conductual

¿Alguna vez fue hospitalizado por problemas de salud mental? Sí No

¿Alguna vez fue diagnosticado con un trastorno de salud mental o uso de sustancias? Sí
No

¿Recibió consejería o atención psiquiátrica en el pasado? Sí No

Salud Física

Proveedor de atención primaria: _____

Última visita con el médico: _____

Última visita dental: _____

Problemas médicos actuales: _____

Medicamentos actuales (o adjunte lista): _____

Alergias: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Actividades de la Vida Diaria (AVD)

¿Tiene dificultad con:

Bañarse/ ducharse

Caminar/ movilidad

Cocinar/ preparar comidas

Manejo de dinero/ finanzas

Recordar tomar medicamentos

Limpieza del hogar o compras

Si respondió sí, describa: _____

Panorama Social

Situación de vivienda actual (con quién vive): _____

Calidad de vivienda: Buena Regular Mala

Estado civil/ relación: _____

Hijos (nombres/ edades): _____

Sistema de apoyo (personas en las que puede confiar): _____

Trauma y Asuntos Legales

Historia de abuso o trauma: Sí No

Problemas legales actuales: Sí No

Historia de arrestos o libertad condicional: Sí No

Lista de Síntomas

En el último mes, ¿ha experimentado alguno de los siguientes en más días de los que no?
(Marque todo lo que corresponda)

Estado de Ánimo y Emociones:

Sentirse triste, decaído o sin esperanza

Sentirse muy irritable o enojado

Cambios de humor

Ansiedad y Preocupación:

Sentirse nervioso, ansioso o tenso

Ataques de pánico

Dificultad para relajarse o dormir debido a preocupaciones

Pensamientos y Percepciones:

Pensamientos acelerados o sentirse “acelerado”

Ver u oír cosas que otros no

Sentirse muy sospechoso o paranoico

Conducta y Funcionamiento:

Problemas para concentrarse o recordar cosas

Problemas para controlar impulsos

Conducta agresiva

Impacto en la Vida Diaria:

Faltar al trabajo/escuela debido a los síntomas

Dificultad para encargarse de las responsabilidades diarias

Sentirse inseguro en casa o en sus relaciones

Fortalezas y Necesidades

Sus mayores fortalezas: _____

Sus mayores necesidades o metas: _____

Información Adicional

¿Hay algo más que le gustaría que su proveedor sepa?
