



Ana Dlouhy, LCSW

Registro de Cliente Adulto

Fecha de hoy: _____

A. Información del cliente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Apodos o alias: _____ Número de seguro social: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Nivel educativo más alto: _____

Dirección: _____

*Correo electrónico: _____

Las llamadas serán discretas, pero indique otras restricciones: _____

Números	Correo de voz ¿Está bien?	Texto ¿Ok?
Casa:		
Celular:		
Trabajo:		

B. Recordatorios de citas

¿Cómo le gustaría que le recordaran las citas? Elija uno o ambos.

Texto: _____ * Correo electrónico: _____

C. Referencia

¿Quién lo refirió a mi oficina?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Podría tener su permiso para agradecer a esta persona por la referencia? () Sí () No

¿Cómo le explicó esta persona cómo podría serle de ayuda? _____

D. Información Médica

Nombre de su médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Si ingresa a tratamiento conmigo para terapia, ¿puedo informarle a su médico para que esté completamente informado y podamos coordinar su tratamiento? () Sí () No

En caso de emergencia, ¿puedo comunicarme con su médico y revelarle la información necesaria para que pueda estar completamente informado y podamos coordinar su tratamiento?() Sí () No

* Ana Dlouhy no puede garantizar la privacidad de las comunicaciones por correo electrónico. Al colocar su correo electrónico en los espacios en blanco de arriba, reconoce las limitaciones de privacidad y acepta que Ana Dlouhy puede usar el correo electrónico para comunicarse con usted.

E. Historial Civil

¿Es usted: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Nunca casado _____

Si está casado, ¿cuánto tiempo ha estado casado? _____

Si está divorciado, indique el mes y año en que se le concedió el divorcio _____

Si se volvió a casar después del divorcio/muerte de su cónyuge, indique la fecha del matrimonio _____

¿Actualmente separado de su cónyuge? _____ Sí _____ No

¿Está pensando en separarse o divorciarse? _____ Sí _____ No

¿Tiene hijos? _____ Sí _____ No

Si es así, indique sus nombres y edades: _____

F. Miembros de la familia (los que viven en su casa)

Nombre	Edad	Sexo	Grado	Relación con usted
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

G. Personas con relaciones importantes con usted (enumere las que NO viven en la casa con usted)

Nombre	Relación con usted
_____	_____
_____	_____
_____	_____

H. Estresores en el último año

___ Muerte de un miembro de la familia o pareja	___ Enfermedad o lesión grave
___ Peleas o conflictos familiares	___ Mudarse a un nuevo hogar
___ Problemas matrimoniales, divorcio o separación	___ Cambio de trabajo/Desempleo
___ Problemas legales o judiciales	___ Problemas con adicciones
___ Problemas financieros	___ Problemas con hijos
___ Otros eventos importantes: _____	

I. Historial de salud mental familiar

¿miembro de la familia (inmediato o extendido) ha tenido problemas con lo siguiente?

___ Depresión	___ Violencia doméstica
___ Bipolar	___ Intentos de suicidio
___ Autismo	___ Trastornos alimenticios
___ Ansiedad	___ Encarcelamiento
___ Abuso de sustancias	___ Trastorno Obsesivo-Compulsivo
___ Abandono/negligencia	___ Esquizofrenia
___ Abuso sexual	

J. Medicamentos

¿Nombre del medicamento?	Dosis / Mg?	¿Frecuencia?

K. ¿Algún problema o inquietud sobre sus medicamentos? ___ Sí ___ No

(En caso afirmativo, ¿ha hablado con el médico que prescribe? _____)

L. Contactos de emergencia:

Indique el nombre (s) de la (s) persona (s) que pueden ser contactados por esta oficina en caso de una emergencia. Tenga en cuenta que las personas enumeradas pueden recibir información en una situación de emergencia que de otro modo sería confidencial por ley. Al enumerar los nombres a continuación, usted le da permiso a esta oficina para comunicarse con las personas enumeradas y proporcionar la información necesaria sobre usted en caso de emergencia.

M. Preocupación principal: Describa la principal dificultad que le ha llevado a verme:

N. Meta de la terapia

¿Cuáles son sus metas de la terapia o qué cambios le gustaría ver?

O. Síntomas actuales

Marque cualquier área en la que tenga problemas:

☐ Abuso	☐ Soledad
☐ Agresión/violencia	☐ Baja tolerancia a la frustración
☐ Consumo de alcohol	☐ Problemas de memoria
☐ Ira/irritabilidad	☐ Cambios de humor
☐ Ansiedad	☐ Motivación
☐ Atención/concentración	☐ Hipersensibilidad
☐ Preocupaciones profesionales	☐ Dolor, problemas crónicos de la salud
☐ Infancia	☐ Ataques de pánico o ansiedad
☐ Compulsiones/obsesiones	☐ Crianza de los hijos, manejo de niños
☐ Toma de decisiones	☐ Perfeccionismo
☐ Depresión	☐ Pesimismo
☐ Consumo de drogas	☐ Procrastinación
☐ Problemas de alimentación	☐ Problemas de relación
☐ Fracaso	☐ Egocentrismo
☐ Miedos/fobias	☐ Autoestima
☐ Problemas económicos	☐ Autocuidado
☐ Amistades	☐ Problemas sexuales
☐ Juegos de azar	☐ Problemas de sueño
☐ Duelo/muertes/pérdidas	☐ Tabaquismo
☐ Culpa	☐ Espiritual, cuestiones religiosas y éticas
☐ Dolores de cabeza	☐ Manejo del estrés
☐ Preocupaciones de salud	☐ Susplicia
☐ Impulsividad	☐ Pensamientos suicidas/autolesiones
☐ Irresponsabilidad	☐ Pensamiento desorganización
☐ Juicio/toma de riesgos	☐ Retraimiento, aislamiento
☐ Asuntos legales	☐ Problemas laborales
☐ Otros	

P. ¿Ha recibido servicios de psicoterapia antes? ☐ No ☐ Si. Si es así,
¿Cuándo? ¿Con quien? ¿Para qué? ¿Con que resultados?

P. Historial de trauma.

☐ No fui abusado de ninguna manera. ☐ Fui abusado (sexual, físico, emocional, negligencia).
Si fue abusado, indique: Edad del abuso ¿Quién lo hizo? ¿A quién le dijiste? ¿Consecuencias de contarle?

☐ He tenido pérdidas importantes. Explique las circunstancias: _____

☐ He experimentado desastres naturales. Explique las circunstancias: _____

☐ He estado expuesto a la violencia. Explique las circunstancias: _____

R. Salud

Enumere todas las enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos, alergias, traumatismos craneales, accidentes y lesiones importantes, cirugías, períodos de pérdida del conocimiento, convulsiones / ataques y otras afecciones médicas.

Condición	Edad	¿Quién lo trata?	¿Consecuencias?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

S. Residencias

Fuera de su casa? (Por ejemplo, cuidado de crianza temporal, ubicación residencial, etc.) ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, complete a continuación):

Ubicación. Motivo de la mudanza ¿Con quién tiene algún problema? _____

T. Educación Escuelas que asistió (nombre y ubicación) Grado/Nivel. Fecha de finalización

U. Existe algo más que quisiera añadir a esta información?
