

FORMATO DE ADMISIÓN



Rosemary Z Hernández, Ph.D., LPC-S, NCC, CCMHC

Doctorate in Counselor Education and Supervision, TX Lic.#60727

Dr. Hernandez and Associates PLLC

12274 Bandera Rd. Ste. 122

Helotes, Texas 78023

(210) 530 - 1180

drhernandez@drhernandezpllc.com

www.drhernandezpllc.com



FORMATO DE ADMISIÓN

Por favor responda a las siguientes preguntas descritas abajo. Para su información: Todos los datos que usted nos proporcione en el formato son confidenciales. Si tiene alguna dificultad para contestar alguna pregunta, déjela en blanco y la podremos llenar juntos/as.

Por favor llene este formulario y entréguemelo cuando venga a su primera sesión o por correo info@drhernandezpllc.com.

¿Primer, segundo nombre y apellidos para el reporte y como le gustaría que le llame?

Nombre del padre/madre o guardián (si tiene menos de 18 años):

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: ___ Género: Masculino Femenino

Otro _____

Estado civil: _____

Soltero/a Compañero/a de casa Divorciado/a Casado/a Separado/a
 Viudo/a

Por favor escriba los nombres y edad de todos sus niños/as _____

Domicilio: _____

Dirección postal/correo: _____

Teléfono: _____ ¿Podemos dejar mensajes? Yes No

Celular u otro tipo de teléfono: _____ ¿Podemos dejar mensajes?

Yes No

Correo electrónico: _____

¿Podemos enviarle correos electrónicos? Si No

¿Cuál es la forma de comunicación que usted prefiere? Casa ___ Celular ___ E-mail ___
___ Texto ___

*Nota: Correo electrónico, mensajes de texto e incluso video conferencia no son considerados medios de comunicación confidencial.



¿Como escuchó de nuestros servicios?

Contacto de Emergencia (Nombre y número de teléfono)_____

¿Ha recibido previamente algún tipo de servicio de salud mental, (terapia psicológica o psiquiátrica)? Si No

Si contestó Si, escriba el nombre de su terapeuta/profesional anterior:

¿Está tomando alguna medicina recetada por un medico?

Si No Si contestó Si, por favor escriba una lista:

¿Alguna vez le han recetado medicina psiquiátrica?

Si No Si contestó Si, por favor escriba una lista:

INFORMACIÓN DE SALUD EN GENERAL Y SALUD MENTAL

1. ¿Cómo calificaría su salud física ahora? (por favor encierre en un círculo su respuesta)

Pobre Poco satisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor haga una lista de sus problemas de salud:_____

2. Cómo calificaría sus actuales hábitos para dormir? (por favor encierre en un círculo su respuesta)

Pobre Poco satisfactoria Satisfactoria Buena Muy buena

Por favor haga una lista de los problemas que ha experimentado para dormir:

Quedarse dormido Se duerme pero se despierta con facilidad

Se despierta temprano y no puede regresar a dormir Duerme bastante, pero se siente cansado.

3. ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio? _____

¿Qué tipo de ejercicio?_____

4. Por favor escriba una lista de dificultades con su apetito o hábitos alimenticios:



5. ¿Está usted experimentando una incontenible tristeza, pena, o depresión? No Si,
Desde cuándo? _____

6. ¿Está usted experimentando ansiedad, ataques de pánico, o tiene alguna fobia? No
 Si

si contestó Si, cuándo empezó lo a experimentar?

7. ¿Está usted experimentando algún dolor/pena crónico? No Si, por favor
describalo? _____

8. ¿Toma usted alcohol más de una vez: al día _____ semana _____ mes _____ no toma
alcohol _____

9. ¿Qué tan frecuente ingiere drogas de uso recreacional? Cuáles (por favor encierre en un
círculo su respuesta)? Cafeína Marihuana Metanfetamina Cocaína Heroína Inhalantes
Medicamentos recetados o de venta libre.

Cuáles? _____

Diariamente Semanal Mensual Poco frecuente Nunca

10. Tiene actualmente una relación sentimental?

No Yes. si respondió Si, Cuánto tiempo? ____ En escala del 1 – 10, como calificaría su
relación actual? _____

11. ¿Tiene problemas visuales? Si/No Epilepsia? Si/No Seguimiento visual Si/No

12. ¿Qué cambios significativos o estresantes ha experimentado recientemente?

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA NIÑEZ:

Antes de los 18 años:

1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en casa, frecuente o muy frecuentemente...
Le molestó, insultó, despreció o humilló? o Actuó en una forma que le hizo sentir
miedo de ser físicamente agredido?
No__ si, Si, escriba 1 __
2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en casa, frecuente o muy frecuentemente...
Le empujó, agarró, golpeó, bofeteó, o le lanzó algo? o Alguna vez le golpeó tan fuerte



que dejó marcas o heridas?

No__ si, Si, escriba 1 __

3. ¿Algún adulto o persona al menos 5 años mayor que usted... le tocó o acarició o tocó su cuerpo en una manera sexual? o Intentó o tuvo una relación sexual, oral, anal, vaginal con usted?

No__ si, Si, escriba 1 __

4. ¿Sintió frecuente o muy frecuentemente que... Nadie en su familia le ama o piensa que usted es importante o especial? O en su familia no se preocupaban el uno por el otro, no eran cercanos o no se apoyaban los unos a los otros?

No__ si, Si, escriba 1 __

5. ¿Sintió frecuente o muy frecuentemente que... No tenía suficiente comida, tenía que vestir ropa sucia y no tenía nadie quién lo protegiera? o Sus padres estaban bajo la influencia del alcohol o drogas y no podían cuidarlo o llevarlo al doctor cuando usted necesitaba?

No__ si, Si, escriba 1 __

6. ¿Sus padres se divorciaron o separaron alguna vez o vivieron aparte por largo plazos?

No__ si, Si, escriba 1 __

7. ¿Su madre o madrastra fue:

Frecuente o muy frecuentemente empujada, abofeteada, o le lanzaban cosas? o a veces, frecuente o muy frecuentemente pateada, mordida, golpeada con el puño, o golpeada con un objeto duro? O siempre repetidamente golpeada por algunos minutos o amenazada/o con un arma o cuchillo?

No__ si, Si, escriba 1 __

8. ¿Vivía usted con alguien que tenía problemas de alcohol o usaba drogas de la calle?

No__ si, Si, escriba 1 __

9. ¿Fue algún ocupante de la casa depresivo o tenía alguna enfermedad mental o alguien que intentó suicidarse?

No__ si, Si, escriba 1 __

10. ¿Algún ocupante de su casa fue a la prisión o detenido?

No__ si, Si, escriba 1 __



INFORMACIÓN ADICIONAL

1. ¿Tiene empleo actualmente?

- No Si

Si contestó Si, ¿Cuál es su situación actual de empleo?_____

¿Disfruta haciendo su trabajo? Si/No ¿Qué es lo que le causa estrés en su actual trabajo?

2. ¿Se considera usted una persona espiritual o religiosa?

- No Si

Si contestó Si, describa sus creencias:

3. ¿Cuáles considera ser algunas de sus fortalezas?

4. ¿Qué clase de evaluación está usted buscando?

5. Hardship/Privación—601 Renuncia u otro tipo de aplicación de privación/hardship

5a. ¿Qué dificultades se presentarían específicamente en su vida sin su pareja o el ser amado por el que usted está aplicando?

5b. ¿Qué adversidades cree que experimentaría? Si es así, como?

Financiera:



Emocional:

Apoyo físico:

Cuidados médicos:

Crianza de los hijos:

5c. Qué pasaría si su ser amado tiene que dejar el país?



5d. Estaría en la capacidad de dejar el país con su ser amado?

6. U-Visa

6a. En sus propias palabras, que crimen experimentó?

6b. Tiene una copia de su declaración que puede traer a la sesión?

6c. Hizo un reporte policial? Tiene una copia del reporte que puede traer a su cita de evaluación?

6d. Como le afectó el crimen?



6e. Está interesado/a en posteriormente recibir terapia para tratar cualquier síntoma relacionado con el crimen o que no le permita tener la vida que usted desea?

7. Asilo

7a. Cuál es su país de nacimiento? _____

7b. Cuándo entró a los Estados Unidos? _____

7c. Cuándo aplicó para el Asilo? _____

7d. Si es más de un año entre su entrada a los Estados Unidos y la aplicación para Asilo, porqué esperó más de un año para aplicar?

7e. Qué experimentó en su país que le hizo aplicar para un Asilo?

7f. ¿Como esta experiencia ha afectado su vida?



7g. ¿Qué teme que pase si regrasa a su país?

7h. ¿Tiene una fecha para el corte que quiere que asiste para su caso? Seria cobrado aparte por hora.

Gracias por darme el honor de realizar su evaluación.

