

# DIVERSIFIED PSYCHOTHERAPY, INC.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Soltero (a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_\_ Separado (a) \_\_\_\_\_ Viudo (a)

Dirección:

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, Código Postal: \_\_\_\_\_

Como se informo acerca de nuestros servicios:

\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Que medio de comunicación o que teléfono prefiere que usemos para comunicarnos con usted:

Casa \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia contactar a: Nombre:

\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

- ❖ Yo autorizo que mi información sea compartida con compañías de seguro medico y otros profesionistas de la salud.
- ❖ Yo autorizo que la compañía de mi seguro medico pague directamente al proveedor de servicios de acuerdo a los beneficios.
- ❖ He sido informado acerca de las pautas y reglas de HIPAA relacionadas con la confidencialidad de los expedientes médicos.
- ❖ Yo soy responsable por el pago de cualquier cargo por los servicios recibidos.
- ❖ Me doy por enterado (a) que si necesito posponer o cancelar una cita debo notificar a su oficina con mas de 24 horas antes.

X \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

## CUESTIONARIO ACERCA DEL PACIENTE

### Educación:

A qué escuela fue? \_\_\_\_\_

Asistió a la Universidad/Educación profesional?

Donde?, Carrera/ diploma obtenido? \_\_\_\_\_

Tiene planes para avanzar su educación? \_\_\_\_\_ Si es así, describa? \_\_\_\_\_

### Acerca de sus Relaciones interpersonales:

Por favor provea una lista de su matrimonio (s) o pareja (s)

	Nombre de su pareja	Año en que comenzó la relación	Año en que terminó la relación	Se caso con esta persona?	Hijos nacidos de esta relación y sus edades
#1					
#2					
#3					
Incluya todas las personas que viven con usted					

### Acerca de su Familia:

Pariente	Nombre	Aun vive?	Edad, o edad cuando murió	Ocupación	Describa su Relación
Padre					
Madre					
Hermano (s)					
Hermana (s)					
Otra persona significativa?					

La siguiente información servirá en caso de que sea necesario contactar a su medico o psiquiatra. Por favor asegúrese que la información este correcta. Le agradecemos por proveernos con esta información para poder asistirlo (a).

**Sobre su salud:**

Quien es su Medico? \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_\_

Teléfono/Dirección \_\_\_\_\_

Problemas Médicos? \_\_\_\_\_

Medicamentos Recetados \_\_\_\_\_

Quien es su Psiquiatra? \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_\_

Teléfono/Dirección \_\_\_\_\_

Razón/problema? \_\_\_\_\_

Medicamentos Recetados \_\_\_\_\_

Usted a consultado con un consejero /terapista previamente? \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono/Dirección (si es reciente) \_\_\_\_\_

Razón de su consulta: \_\_\_\_\_

Sufre usted de alguna condición crónica medica o de salud mental? \_\_\_\_\_. Si es asi, por favor indique: \_\_\_\_\_

Incluya todas las enfermedades, accidentes importantes y lesiones, cirugías, hospitalizaciones, periodos donde haya perdido la razón, convulsiones/ataques epilépticos y cualquier otra condición médica que haya tenido: \_\_\_\_\_

Incluya **todos** los medicamentos o drogas (recetadas o allégales) que usted consuma o haya consumido en el ultimo ano: \_\_\_\_\_

**Formo de Registro**

### ACERCA DE SUS SINTOMAS O PROBLEMAS

Por favor indique todos los síntomas/problemas que actualmente este presentando o áreas en las que este teniendo dificultad, siéntase libre de agregar cualquier otro, al final otros síntomas y problemas

Abuso– emocional	Gastos compulsivos	Auto Destruccion – Quemaduras
Abuso – negligencia	Impulsividad	Auto Destruccion – Flajelacion
Abuso – fisico	Indecision	Auto Destruccion – Otro
Abuso – sexual	Sentimientos de Inferioridad	Auto Destruccion– Rasguños
Agresion	Inhibiciones	Egocentrismo
Ira	Conflictos Interpersonales	Auto-control
Ansiedad	Irresponsabilidad	Auto-estima
Discusiones	Irritabilidad	Auto-negligencia
Problemas de atencion	Problemas de Juicio	Separacion
Profesion	Pereza	Conflictos Sexuales
Problemas de la infancia	Cuestiones Legales	Diferencias de Deseo Sexual
Cuido – Ninos	Soledad	Dysfuncion Sexual
Custodia – Ninos	Perdida de Control	Otros problemas sexuales
Supervision – Ninos	Perdidas	Timidez
Decisiones que a tomado	Poca Energia	Sueno – insomnia
Codependencia	intolerancia a la Frustracion	Sueno – Pesadillas
Gasta dinero Compulsivamente	Bajos Ingresos	Sueno – muy poco
Falta de concentracion	Bajo estado de Animo	Sueno – demasiado
Confusion	Frialdad en el Matrimonio	Ser Padrastro/Madrastra
Llora constantemente	Conflicto en el Matrimonio	Estres
Muerte	Distancia en el Matrimonio	Manejo de Estres
Deudas	Infidelidad/relacion extramarital	Pensamientos de Suicidio
Tomar decisiones	Problemas Medicos	Suspicasia
Ilusiones – ideas falsas	Problemas con la Memoria	Problemas de Temperamento
Dependencia	Menopausia	Tension/estres
Depresion	Problemas de menstruacion	Pensamientos desorganizados
Distraccion	Confusion de Sentimientos	Amenazas de violencia
Divorcio	Cambios de Estado de Animo	Cansancio
Abuso de Drogas– sin receta	Motivacion	Uso de Tabaco
Abuso de Drogas – con receta	Luto	Violencia
Abuso de Drogas – ilegales	Obsesiones	Violencia – victima de un crimen
Abuso de Drogas – Alcohol	Arranques	Problemas Laborales/Trabajo
Alimentacion – poco apetito	Sensibilidad a la Critica	Problemas de Peso/Dieta
Alimentacion – provocar vomito	Sensibilidad al Rechazo	Aislamiento
Alimentacion – Glotoneria	Panico o Ataques de ansiedad	Problemas de Empleo
Alimentacion – de menos	Ser Padre	Empleo – falta
Siente un vacio	Perfeccionista	Empleo – trabajo en exceso
Fracaso	Pesimismo	Empleo – desocupacion
Fatiga	Fobias	<b>Otros problemas:</b>
Temores	Problemas Fisicos	
Problemas Financieros	PMS	
Problemas con Amistades	Falta de Cuidado Personal	
Juego/Apuestas	Posponer	
Metas no obtenidas	Problemas de Pareja	
Duelo	Relajacion	
Culpa	Volverse a Casar	
Dolores de cabeza, malestares	Tomar riesgos	
Salud	Tristeza	
Hostilidad	Problemas Escolares	