

**Información para Admisión de  
Consejería**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**Describa brevemente la razón por la que decidió buscar nuestros servicios:**

---



---



---

**Por favor marque cualquiera de las siguientes dificultades con las que usted esté luchando actualmente:**

**Dificultades de  
Relación**

Citas  
Comunicación  
Divorcio  
Hermano/Hermana  
Matrimonial/Pareja  
Multifamiliares  
Padres  
Prematrimonial  
Separación  
Sexual

**Dificultades  
Situacionales**

Abuso físico  
(pasado/actual)  
Abuso sexual  
(adulto/niño)  
Amigos  
Estrés  
Legal  
Muerte de un ser querido  
Pasado  
Pérdida grave/cambios  
Religión  
Violencia (real/amenaza)

**Toma de decisiones/  
Problemas de Salud y  
Físicos**

Desorden alimenticio  
Discapacidad Física  
Dolor Crónico  
Dolor de Cabeza/Estómago  
Problemas de Sueño

**Dificultades Emocionales**

Acciones Suicidas  
Ataques de Pánico  
Enojo/Malgenio  
Depresión  
Infelicidad  
Nerviosismo  
Pensamientos Suicidas  
Tristeza

**Dificultades de  
Trabajo/Estudio**

Desempleo Trabajo  
Discapacidades de  
Aprendizaje  
Escuela Educación  
Finanzas Opciones  
Profesionales

**Niños**

Conflicto de padres e hijos  
(con la pareja)  
Conflicto entre padres e hijos  
(consigo mismo)  
Mal comportamiento

**Preocupaciones de la  
Personalidad**

Alcohol/Usa/Abuso de  
Drogas  
Apuesta Compulsiva  
Autocontrol  
Baja Autoestima  
Confusión  
Culpa

Problemas de Sexualidad  
Relajación  
Soledad  
Temores  
Timidez

Información para admisión inicial de consejería:

Por favor anote tres cosas que le estén causando MAS dificultad:

1)

2)

3)

¿Ha tomado consejería en el pasado? Si/No      ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

**Problemas para enfrentar  
las cosas**

**Marque todas las que apliquen para usted.**

Estado de ánimo cambiante

Llanto constante

Problema para recordar cosas

Ataques de pánico

Sentimientos de culpabilidad, sin valor, sin esperanza.

Hiperactividad/Demasiada energía

Extrema preocupación que no puede parar de pensar.

Dificultad para concentrarse/Aislamiento de

otras personas que se meten con usted

Fatiga/Baja energía/Pérdida de interés en las cosas. Extrema preocupación por los temores.

**Acciones repetidas que no puede parar**

No puede parar de contar y revisar cosas

No puede parar de lavarse las manos/cuerpo

**Alucinaciones**

Escucha cosas que no son reales

Ve cosas que no son reales

Siente cosas que no son reales

Huele cosas que no son reales

**Dificultades con el sueño**

No se puede dormir

Duerme demasiado

Camina a media noche

Despierta muy temprano

Tiene pesadillas

**Dificultades con el apetito**

Pérdida de peso

Vómitos después de comer

Aumento de peso Falta de apetito

Malestar estomacal

**Autolesiones**

Me corto a mí mismo

Me quemo a mí mismo

Me golpeo a mí mismo

Otro: \_\_\_\_\_

**Anote cualquier intento de suicidio anterior: (Si no ha tenido, escriba “ninguno”)**

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Método? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Método? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Método? \_\_\_\_\_

¿Ha estado pensando recientemente en hacerse daño o matarse? Sí/No  
¿Ha estado pensando recientemente en lastimar o matar a otra persona? Sí/No

Diga cualquier problema de salud para el que esté recibiendo tratamiento actualmente:

---

---

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Si/No

Nombre del medicamento      Dosis      Doctor prescriptor

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si toma algo más, por favor dígallo en una lista por separado.

¿Quién es su médico de familia?

---

¿Cuándo fue su último examen físico?

---

Describa su consumo actual de alcohol/drogas, incluya el tipo, la cantidad y la frecuencia (si no hay ninguna, escriba "ninguna"). \_\_\_\_\_

---

---

¿Tiene su familia un historial de salud mental o abuso de sustancias? Si/No

Si es así, por favor liste \_\_\_\_\_

---

---

¿Está actualmente involucrado en algún procedimiento legal? Si/No

Si es así, por favor liste.

---

---

---

¿Cuál es su preferencia religiosa? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de familiares, amigos, grupos de apoyo u otros que le sean de ayuda:

---

---

**Sus metas en Consejería:** Las metas son muy importantes en consejería. Nos brindan un enfoque y una dirección que nos ayudarán a ayudarlo. Enumere las metas que espera alcanzar, sea lo más específico posible.

- 1)
- 2)
- 3)

¿Cuántas sesiones cree que necesitará para alcanzar estos objetivos? (su cálculo más acertado) **Por favor, compruebe.**

1-3 sesiones

4-6 sesiones

10-12 sesiones

Last Updated Oct 26, 2018