

Anna Lindberg Cedar, MPA, LCSW # 64284

Cuestionario de la Primera Visita

Bienvenido a mi práctica de consejería. Estas preguntas me ayudarán a entender mejor el contexto de nuestra consulta. Por favor, responda lo mejor de su capacidad y avíseme si tiene alguna pregunta sobre las preguntas mismas. Siéntase libre de escribir extra en a las áreas que son prioridades para usted o que le gustaría hablar más profundamente.

Nombre (Apellido/s):	(Primer Nombre):	(Segundo Nombre):
Género: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ SSN (si tiene uno): ____ - ____ - ____		
Orientación Sexual: _____ Email: _____@_____		
Dirección : _____ Ciudad: _____ Estado: _____		
Teléfono preferido: (____) _____ Segundo Teléfono: (____) _____		
Usted da permiso a dejar mensajes con información confidencial en los buzones de voz incluido aquí? Si / No		
Trabajo: <input type="checkbox"/> No estoy empleado/a <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo partido Nivel de la Educación _____		
Empleador: _____ Titulo del Trabajo: _____		
Nombre de su doctor: _____ Teléfono: (____) _____		
Fecha de su último chequeo de salud: _____		
Contacto de Emergencia:		
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____		

Razones porque usted está interesado/a en consejería ahora:

¿Qué espera lograr en el transcurso de la consejería?

¿Ha tenido experiencias con la consejería en el pasado? Si / No

Fechas: _____ Terapeuta: _____ Fechas: _____ Terapeuta: _____

Fechas: _____ Terapeuta: _____ Fechas: _____ Terapeuta: _____

¿Qué es lo que **le ayudó** en sus previas experiencias con la consejería?

¿Qué es lo que **no le ayudó** en sus previas experiencias con la consejería, o podría haber sido mejorado?

¿Qué diagnóstico ha recibido en el pasado por problemas de la salud mental o del uso de sustancias?

¿Está sintiendo **sin esperanza** y/o teniendo **pensamientos sobre el suicidio**?

Describir: _____

¿Historia de intentos del **suicidio**? Si /No Fechas: _____

¿Ha tomado **medicamento psiquiátricos** en el pasado? Si /No Nombre de los med.s, las fechas y las dosis:

¿Qué es su **uso del alcohol** promedio?

Frecuencia: _____ x / _____ día/sem/mes Promedio de cantidad en cada ocasión: _____

Uso actual / en el pasado de **substancias** (circular):

Marihuana:	Uso actual / Uso pasado	Metanfetamina:	Uso actual / Uso pasado
Opioides:	Uso actual / Uso pasado	Cocaína / Crack:	Uso actual / Uso pasado
Alucinógenos:	Uso actual / Uso pasado	Medicina sin una receta:	Uso actual / Uso pasado
Otro: _____	Uso actual / Uso pasado		

¿Alguna vez ha tenido **alucinaciones** (se ha visto o ha escuchado cosas que otras persona no pueden ver o escuchar)? Si /No

¿Alguna vez en su vida ha sido la **víctima de la violencia o del abuso**, incluyendo experiencias como adulto e en su niñez? Si /No

¿Alguna vez ha sufrido la **violencia domestica** con algún pareja? O algún **otro evento traumático**? Si /No

Describe su situación del **alojamiento**. Incluye todos los nombres de las personas en su hogar, las edades, sus niños, y/u otra familia presente en la casa. _____

¿Cuáles son sus fortalezas personales o recursos/apoyos más importantes que usted se utiliza cuando está confrontando un momento difícil de la vida?

¿Hay algún otra cosa importante de que le gustaría dejarme saber?
