

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Agape Counseling Services LLC

Tel: (484) 258-9215

Correo: agapeccspace@gmail.com

1161 Penn Ave, 1W

Wyomissing, Pennsylvania 19610

Fecha de la primera cita:

Por favor, tómate tu tiempo para proporcionar la siguiente información. Las preguntas están diseñadas para ayudarme a conocerte mejor, de manera que nuestro tiempo juntos sea lo más productivo posible. Toda la información proporcionada es confidencial.

Referido por:

- Proveedor Médico: _____
- Proveedor de Seguro: _____
- Mi Página Web:
- PsychologyToday
- Amigo/Familiar: _____
- Otro: _____

¿Has recibido previamente algún tipo de servicios de salud mental?

- Sí
- No

Si respondiste "Sí", ¿cuál de los siguientes?

- Psicoterapia
- Medicación
- Hospitalización ambulatoria
- Hospitalización interna

Si respondiste "Sí", por favor proporciona:

- Nombre del proveedor o institución: _____
- Ubicación: _____
- Fechas de tratamiento: _____
- Motivo del tratamiento: _____

Describe brevemente qué te trae hoy:

¿Cuándo comenzó tu problema? Dentro de los últimos:

- 30 días
- 6–12 meses
- 2 años
- Durante la adolescencia
- Durante la infancia

¿Qué áreas de tu vida han sido afectadas por este problema?

¿Estás experimentando tristeza abrumadora, duelo o depresión?

- Sí
- No

Si respondiste "Sí", ¿por cuánto tiempo aproximadamente? _____

¿Estás experimentando ansiedad, ataques de pánico o fobias?

- Sí
- No

Si respondiste "Sí", ¿cuándo comenzaste a experimentarlo? _____

Describe cualquier pérdida o trauma importante que hayas experimentado:

¿Qué cambios significativos en tu vida o eventos estresantes has experimentado recientemente?

¿Qué te gustaría lograr con tu tiempo en terapia?

Historial Familiar

¿Dónde naciste? _____

¿Dónde creciste? _____

- Ciudad
- Suburbios
- Campo

Por favor, lista a tus padres y hermanos. Usa el reverso si necesitas más espacio.

Nombre | Edad | Relación | ¿Dónde viven ahora? | Si fallecieron, edad y causa de muerte

¿Con quién viviste mientras crecías? _____

Ocupación de tu madre: _____

Ocupación de tu padre: _____

En la siguiente sección, identifica si hay un historial familiar de cualquiera de las siguientes condiciones. Si es así, indica la relación familiar de esa persona (padre, abuela, tío, etc.).

Condición | Por favor circule | Familiar

- Abuso de alcohol/sustancias: Sí/No
- Ansiedad: Sí/No
- Depresión: Sí/No
- Violencia doméstica: Sí/No
- Abuso sexual: Sí/No
- Trastornos alimentarios: Sí/No
- Obesidad: Sí/No
- Trastorno obsesivo-compulsivo: Sí/No
- Esquizofrenia: Sí/No
- Intentos de suicidio: Sí/No
- ¿Otra condición de salud mental diagnosticada? Sí/No: Indica cuál:

Estado Civil:

- Nunca casado
- Pareja de hecho
- Casado
- Separado
- Divorciado – ¿Por cuánto tiempo? _____
- Viudo/a: Proporciona el nombre de tu pareja y año de fallecimiento: _____

Si estás casado, ¿por cuánto tiempo has estado casado y cómo se llama tu pareja?:

En una escala del 1 al 10 (10 siendo la mejor), ¿cómo calificarías tu relación?:

¿Actualmente estás en una relación romántica?

- Sí – ¿Por cuánto tiempo? _____
- No

En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificarías tu relación?: _____

Por favor, lista a tus hijos, sus nombres y edades:

Nombre | Edad | Relación | Nombre del otro progenitor | Si fallecieron, edad y causa de muerte

Salud Física

Por favor, lista cualquier medicación, hierbas o suplementos. Asegúrate de incluir la condición para la cual los estás tomando. Proporciona documentación adicional si tu perfil médico es complicado.

Medicamento/Suplemento | Dosis | Condición | Fecha de Inicio/Fin

Proveedor que prescribió y su contacto:

Nombre: _____

Especialidad: _____

Instalación: _____

Teléfono, correo electrónico o fax: _____

¿Cómo calificarías tu salud física actual?

- Pobre
- Insatisfactoria
- Satisfactoria
- Buena
- Muy buena

Describe cualquier problema de salud específico que estés experimentando actualmente:

Información adicional:

¿Qué disfrutas de tu trabajo? (Incluye el trabajo como ama de casa a tiempo completo). Si estás jubilado, ¿qué disfrutabas de tu trabajo?

¿Qué disfrutas hacer en tu tiempo libre? ¿Qué haces para relajarte?

¿Te consideras una persona espiritual o religiosa? Si es así, describe tu fe o creencias:

¿Qué consideras que son algunas de tus fortalezas?

¿Qué consideras que son algunas de tus debilidades?
