



Formulario de admisión

Ken Haney MA, LPC
 Licensed Professional Counselor #74222
 4037 S.W. 50th Suite 115
 806-236-1832

Información personal

Nombre del cliente: _____
 Primero, Segundo, Apellido

Dirección: _____
 Calle, Ciudad, Estado, Zip

Teléfono primario: (____) _____

Correo electrónico principal: _____

Cumpleaños: _____ Último grado cursado / grado completado: ____

Edad: _____ Empleador: _____

Raza: _____ Duración del empleo: _____

Estado de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Ingresos brutos: _____

Información del cónyuge (omitir si no es relevante para la terapia)

Nombre de cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de boda: _____ Empleador del cónyuge: _____

¿Ya se ha divorciado? _____ Ocupación del cónyuge: _____

Si es así ¿cual del conyuge? _____ Ingreso bruto del cónyuge: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Names of persons with whom you are now living and their relationship to you (include ages of children):

Nombre	Edad	RELACIÓN CON EL CLIENTE

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación contigo: _____

Indique en sus palabras, sus razones para buscar terapia (problema de presentación):

--

¿Cuándo comenzó el problema actual?

--

Encierre en un círculo cómo describiría la gravedad de su preocupación con respecto al problema:

Molesto levemente	Molesto grave	Muy grave	Extremadamente grave	Incapacitante completament
----------------------	---------------	-----------	-------------------------	-------------------------------

¿Ha asistido a terapia / asesoramiento antes? SI o NO

Si es así, cuántas sesiones? _____

Circule el tipo de terapia / consejería que recibió::

PSICOTERAPIA CLINICA	ASESORAMIENTO PASTORAL	TERAPIA DE ENRIQUECIEMIENT O	OTRO
-------------------------	---------------------------	------------------------------------	------

¿Qué tan satisfecho está usted con la terapia / asesoramiento que recibió ? (1 significa que no está satisfecho con 5 que está muy satisfecho)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Qué más, si acaso, has tratado de corregir el problema?

--

En su estimación, marque con un círculo qué tan interesado está en asesorarse ahora

ALGO	MODERADAMENTE	MUY INTERESADO
------	---------------	----------------

Por favor liste los medicamentos que está tomando::

¿Alguna vez te han diagnosticado una enfermedad mental? Si no. En caso afirmativo, especifique cuál.

¿Alguna vez te han diagnosticado una depresión? Si o No

¿Bebes alcohol más de una vez por semana? Si o No

¿Con qué frecuencia te involucras en el uso recreativo de drogas?

Diario Semanal Mensual Con poca frecuencia Nunca

¿Estás en una relación romántica?

Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____

En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificaría su relación? (1 es malo, 10 es perfecto.) _____

¿Alguna vez le han diagnosticado o tratado una adicción? S / N. En caso afirmativo, especifique cuál: _____

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

HISTORIA DE SALUD MENTAL FAMILIAR:

En la sección a continuación, identifique si hay antecedentes familiares de alguno de los siguientes.

En caso afirmativo, indique la relación del miembro de la familia con usted en el espacio provisto (padre, abuela, tío, etc.).

Por favor marque. Indica miembros de la familia

Alcohol / Abuso de Sustancias si / no

Obesidad si / no

Ansiedad sí / no

Comportamiento compulsivo obsesivo si / no

Depresión si / no

Esquizofrenia si / no

Violencia Domestica si / no

Intentos de suicidio si / no

Trastornos de la alimentación si / no

Por favor, proporcione cualquier otra información que considere importante para la preparación del asesoramiento:

¿Qué anticipas lograr? ¿Cuáles son sus metas en consejería?

--

DEBER DE ADVERTENCIA / DEBER DE PROTEGER

Si mi terapeuta cree que yo (o mi hijo, si el niño es el cliente) corro algún peligro físico o emocional para mí o para otro ser humano, por la presente doy mi consentimiento para que mi terapeuta se ponga en contacto con cualquier persona que esté en condiciones de prevenir daño a mí u otro, incluyendo, pero no limitado a, la persona en peligro. También doy mi consentimiento para que mi terapeuta se ponga en contacto con la (s) siguiente (s) persona (s) además de cualquier personal médico o de aplicación de la ley que considere apropiado:

PERSONA A CONTACTAR	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN

Firma del cliente o adulto que lo consienta (si es menor de 18 años)

_____/_____/_____
Fecha

Relación de adulto consentido

Firma del terapeuta

_____/_____/_____
Fecha

Información del seguro

Compañía de seguros: _____

Asegurado: _____

Identificación de miembro: _____ Grupo: _____