

# FORMULARIO DE INGRESO DE CLIENTE

---

Cynthia Shrode  
1616 Mistletoe Blvd  
Fort Worth, Texas, Texas 76116  
(817) 687-8159  
[cynthiashrode@gmail.com](mailto:cynthiashrode@gmail.com)

Fecha de primera cita:

Por favor, tómese su tiempo para dar la siguiente información. Las preguntas están diseñadas para ayudarme a comenzar a entenderlo para que nuestro tiempo juntos sea lo más productivo posible. Toda la información proporcionada es confidencial.

Referido por:

- Proveedor medico: \_\_\_\_\_
- Proveedor de seguros: \_\_\_\_\_
- Mi sitio web
- PsychologyToday
- Amigo/familia: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

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

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿cuál de los siguientes?:

- Psicoterapia
- Medicación
- Hospitalizaciones ambulatorias
- Hospitalización

Si es así, por favor proporcione:

Nombre del proveedor o

instalación: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_

Razón para el tratamiento: \_\_\_\_\_

Brevemente, ¿qué te trae por hoy?

¿Cuándo comenzó tu problema por primera vez? En el último:

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

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

¿Actualmente estás experimentando tristeza abrumadora, pena o depresión?

Sí

No

Si es así, ¿por cuánto tiempo aproximadamente? \_\_\_\_\_

Describe cualquier pérdida importante o traumas que haya experimentado:

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

¿Qué te gustaría lograr fuera de tu tiempo en terapia?

Historia familiar

¿Dónde naciste? \_\_\_\_\_

¿Dónde creciste? \_\_\_\_\_

Por favor liste a sus padres y hermanos. Por favor, use espacio adicional en la parte posterior si es necesario

Nombre	Edad	Relación	¿Dónde viven ahora?	Si falleció, edad y causa de muerte.

¿Con quién viviste mientras crecías? \_\_\_\_\_

Profesión de la madre: \_\_\_\_\_

Profesión del padre? \_\_\_\_\_

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.).

Condición	Por favor marque	Lista miembro de familia
Abuso de alcohol / sustancias	si/no	
Ansiedad	si/no	
Depresión	si/no	
Violencia doméstica	si/no	
Abuso sexual	si/no	
Desorden obsesivo compulsivo	si/no	
Esquizofrenia	si/no	
Trastornos de la alimentación	si/no	
Intentos de suicidio	si/no	
Obesidad	si/no	

¿Otra condición de salud mental diagnosticada?

si/no : que era---

Estado civil:

- Nunca casado
- Socio doméstico
- Casado
- Apartado
- Divorciado - ¿Por cuánto tiempo?
- Viuda/o: por favor proporcione el nombre de su pareja y el año fallecido:

Si está casado, ¿cuánto tiempo ha estado casado y cómo se llama su pareja?:

En una escala de 1-10 (mejor), ¿cómo calificaría su relación? \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente en una relación romántica?

- Si -- ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- No

En una escala de 1-10 (mejor), ¿cómo calificaría su relación? \_\_\_\_\_

Por favor liste los niños, sus nombres y edades:

Nombre	Años	Relación	Nombre del otro padre	Si falleció, edad y causa de muerte.

### Salud física

Por favor liste cualquier medicamento, hierbas o suplementos. Asegúrese de incluir la condición, ya que algunos medicamentos se recetan para uso no indicado en la etiqueta. Continúe en la parte posterior si es necesario, o proporcione una lista separada. Si tiene un perfil médico complicado, proporcione documentación de respaldo para poder facilitar una comprensión integral de su salud.

Medicación / Suplemento	Dosificación	Condición	Fecha de inicio / parada

Prescripción del proveedor e información de contacto:

Nombre: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Instalaciones: \_\_\_\_\_

Teléfono, email, or Fax: \_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría su salud física actual?

Pobre

Insatisfactorio

Satisfactorio

Bueno

Muy bien

Enumere cualquier problema de salud específico que esté experimentando actualmente:

¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales?

Pobre

Insatisfactorio

Satisfactorio

Bueno

Muy bien

Si tiene problemas, ¿en qué fase del sueño tiene problemas?

Quedarse dormido

Quedarse dormido

Despertar temprano

Apnea del sueño

Enumere cualquier otro problema específico del sueño que esté experimentando actualmente:

¿Cuántas veces por semana generalmente haces ejercicio? \_\_\_\_\_ ¿En qué tipo de ejercicio participas?

¿Actualmente estás experimentando algún dolor crónico?

No

Sí

En caso afirmativo, describa:

Describe el uso actual de alcohol, cigarrillos y / o drogas recreativas:

Describe el uso anterior de alcohol, cigarrillos y / o drogas recreativas:

**Información Adicional**

¿Qué disfrutas de tu trabajo (ama de casa de tiempo completo incluida)? Si se jubiló, ¿qué disfrutó de su trabajo?

¿Qué le resulta particularmente estresante de su trabajo actual o anterior?

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

¿Te consideras espiritual o religioso? Si es así, describa su fe o creencia:

¿Cuáles consideras que son algunas de tus fortalezas?

¿Qué consideras que es algo de tu debilidad?