

FORMULARIO CONSEJERÍA INICIAL

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Estado civil: Soltera(o) ___ Novios/Pareja ___ Casada(o) ___ Divorciada(o) ___ Viuda(o) ___ Separada (o) ___ Fecha: _____

Raza: _____ Etnia: _____ Nacionalidad: _____

Nombre de Padre / Guardián (clientes menores): _____ Nombre de pareja: _____

Otros miembros de familia y edades: _____

Dirección de casa: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Numero Fax _____ ¿ Se puede dejar mensaje en su casa? Si ___ No ___

¿ Se puede dejar mensaje en su trabajo? Si ___ No ___

E-mail/Correo electrónico: _____ Web-page o My Space : _____

Nombre del Patrón/Trabajo: _____ Dirección: _____

Título en el trabajo: _____ ¿ Cuanto tiempo ha trabajado en esta posición? _____

Referido por: _____ Teléfono: _____

Pasado suyo Religioso: _____

Iglesia: _____ Dirección: _____

Pastor: _____ Teléfono: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

Psiquiatría(s): _____ Teléfono: _____

Alguna condicion: _____ Alergias: _____

Nivel mas alto de Educación completado: _____ Área de concentración: _____

Escuelas de las cuales ha graduado: _____

Compañía de Aseguranza: _____ Numero de Póliza: _____

¿ Alguna vez ha declarado bancarrota? _____ ¿ Alguna vez ha sido involucrado en litigio? _____ ¿ Alguna vez ha sido encarcelado? _____

Toma Medicación (incluye vitaminas, minerals y/o suplementos nutritivos): _____

Peso: _____ Altura: _____ color de ojos: _____ color de pelo: _____

¿ Ha recibido antes la Terapia? Si ___ No ___ Nombre de Terapeuta : _____

Describe cuales han sido los beneficios de su terapia previo: _____

Historial Medica: _____

Hospitalizaciones: _____

Historial Militar: _____

CONSIENTA A ACONSEJAR

Yo, el abajofirmante, solicito consejeria y/o servicios de consulta por:

Dr. Harry L. Morgan (y/o asociados)

Suite 1-B

825 4th Street West

Palmetto, FL 34221

Esta forma autoriza a Dr. Morgan y/o sus asociados de proporcionar consulta y servicios de referencia. Confirмо que me ha sido informado acerca de la naturaleza y los propósitos de este servicio, y tambien que mi consentimiento puede ser revocado por escrito siempre y cuando fuese antes y/o durante del período de la consulta.

He leído y comprendo completamente la autorización que doy en este formulario, para recibir servicios de aconsejo y/o de consulta. Entiendo que no se me halla hecho ninguna garantía o certeza de los resultados de cualquiera de los servicios que pueden ser obtenidos. Con mi firma abajo, afirmo una liberación de cualquier y toda obligación de Dr. Morgan y su personal de ninguna decision, ni las acciones que podria tomar o no tomar, a consecuencia de los consejos que recibo en este centro.

Además, consiento a soltar la información proporcionada durante mis evaluaciones terapéuticos y los consejos recibidos durante las sesiones pueden ser compartidas con Dr. Marvin Hendon, mi supervisor clínico.

La Firma del cliente: _____

La Firma del Personal: _____:

La firma de Padre/ Guardián (si cliente es menor de 18 anos de edad)

Fecha: _____

HISTORIAL PERSONAL / EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA BÁSICO

De lo siguiente, por favor de chequear cualquiera de los síntomas o condiciones que ha tenido en el pasado o que ahora estén presentes:

<u>CONDICIÓN:</u>	PASADO <small>Mas de hace 6 meses</small>	PRESENTE	<u>CONDICCIÓN:</u>	PASADO <small>Mas de hace 6 meses</small>	PRESENTE <small>Menos que 6 meses</small>
Altos y Bajos de Humor	___	___	Abuso Físico de otros	___	___
Perdida o aumento de peso	___	___	Abuso Sexual de otros	___	___
Cambios de apetito	___	___	Insomnio (no puede dormir)	___	___
Uso de droga(s)	___	___	Preocupaciones en Exceso	___	___
(descripción _____)			Dificultad en concentración	___	___
(cantidad por semana _____)			Escuchando voces	___	___
Fumando cigarrillos	___	___	Frecuencia de Enojos	___	___
Uso de tabaco	___	___	Actuación de violencias	___	___
Irritación	___	___	Cambia de residencia con frecuencia	___	___
Estrés excesivo	___	___	Cambia de empleo con frecuencia	___	___
Llorar spells	___	___	Orinarse en la cama pasado los 6 años de edad	___	___
Fobias or fears	___	___	Prendiendo fuegos pasado los 6 años de edad	___	___
Alucinaciones	___	___	Culpar a otros con frecuencia	___	___
Confusión	___	___	Falta de deseo sexual	___	___
Bajo auto-estima	___	___	Confusión Espiritual	___	___
Comportamiento compulsivo	___	___	Pensamientos de suicidio	___	___
Depresión	___	___	Dificultad Leyendo	___	___
Nerviosismo en extremo	___	___	Inhabilidad de comprender las matemáticas	___	___
Falta de Motivación	___	___	Inhabilidad de expresarse	___	___
Consumo de Alcohol	___	___	Involucrados en el ocultismo	___	___
(descripción _____)			Uso de pornografía	___	___
(cantidad por semana _____)			Abuso físico de niños	___	___
Indecisión	___	___	Abuso sexual de niños	___	___
Perdida de memoria	___	___	Abuso físico de otros	___	___
Fantasías	___	___	Actividad Sexual en exceso	___	___

1. ¿Cuándo (aproximadamente) tuvo una completa examen física? _____ ¿Donde? _____

2. ¿Que limitaciones físicos tiene? _____

3. Describe cual es su relación corriente con Dios: _____

INFORMACIÓN DE SU PASADO *(Brevemente Responde a lo Siguiete)*

1. Lo mejor que pueda, identifique y describe el problema:
2. Que ha hecho para resolver el problema?
3. Que busca en cuanto a esta consejería?
4. ¿Que circunstancia de inmediato le ha hecho hacer esta cita? ¿Que información adicional piensa que le servirá de ayuda al consejero(a)?