

**KARITAS COUNSELING**  
**INFORMACION DEL CLIENTE ADULTO**

Bienvenido a Karitas Counseling. Le pedimos su cooperación en llenar este formulario. Esto es confidencial y ayudara a su terapeuta en la evaluación de sus necesidades.

**Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_ **Idioma preferido**  Español  Ingles

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

**Genero**  Varón  Hembra **Seguro Social #** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_  
Dirección # de apartamento Ciudad Estado Código Postal

¿Podemos enviar correo a este domicilio?  Si  No

**Teléfono de casa** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Se le puede dejar un mensaje?  Si  No

**Teléfono de trabajo** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Se le puede dejar un mensaje?  Si  No

**Teléfono Celular** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Se le puede dejar un mensaje?  Si  No

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_ Se le puede mandar correo electrónico?  Si  No Tome en cuenta que el correo electrónico puede no ser confidencial.

**¿Le gustaría recibir un recordatorio de las citas?**

**NO**, Yo me acordare. O  **SI**, enviarme recordatorio por:  Mensaje de texto al # \_\_\_\_\_  
 Llamada al # \_\_\_\_\_  Correo electrónico al \_\_\_\_\_

**A quien podemos agradecer por referirlo/a?**  Yo mismo  Amigo/a  Miembro de Familia  
 Medico Personal: \_\_\_\_\_  Psiquiatra: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** ¿A quién debemos llamar en caso de emergencia?  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de la Compañía de Seguro:**  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**# de Póliza o ID:** \_\_\_\_\_ **# de Grupo:** \_\_\_\_\_

**Información del Titular de la Póliza:** (Llene lo siguiente si el asegurado primario no es el cliente)  
**Nombre del Asegurado Primario:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Empresa:** \_\_\_\_\_ **Genero**  Varón  Hembra **# de Seguro Social:** \_\_\_\_\_  
Relación del Cliente con el Asegurado Primario:  Cónyuge  Hijo/a  Otro: \_\_\_\_\_

**Información de la Compañía de Seguro Secundario:**  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**# de Póliza o ID:** \_\_\_\_\_ **# de Grupo:** \_\_\_\_\_

**Programa de Asistencia al Empleado (EAP):**  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**# de Autorización:** \_\_\_\_\_ **# de Sesiones Autorizada:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Caducidad:** \_\_\_\_\_

¿Si no tiene seguro o EAP, como va a pagar por los servicios? \_\_\_\_\_

**Firma del Cliente o Persona Autorizada:** Yo autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar el pago de las reclamaciones médicas y autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro por Karitas Counseling. Yo entiendo que estoy en última instancia financieramente responsable de todos los cargos acumulados si no son pagados por el seguro y asigno directamente a Karitas Counseling todas las prestaciones sociales pagadera a mi de los servicios prestados.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**KARITAS COUNSELING**  
**PROBLEMAS O PREOCUPACIONES QUE PRESENTA**

Describe en breve el motivo de su visita hoy: \_\_\_\_\_

Por favor de marcar todos los comportamientos o síntomas que le preocupan:

- |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tristeza                    | <input type="checkbox"/> Aburrimiento                 | <input type="checkbox"/> Hiperactivo/a                 | <input type="checkbox"/> Distraído/a      | <input type="checkbox"/> Baja autoestima    |
| <input type="checkbox"/> Autolesiones                | <input type="checkbox"/> Soledad                      | <input type="checkbox"/> Fatiga                        | <input type="checkbox"/> Oír Voces        | <input type="checkbox"/> Aislamiento Social |
| <input type="checkbox"/> Paranoia                    | <input type="checkbox"/> Agresión o peleas            | <input type="checkbox"/> Desesperación                 | <input type="checkbox"/> Fobias           | <input type="checkbox"/> Actos de Violencia |
| <input type="checkbox"/> Cambios de apetito          | <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico            | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza               | <input type="checkbox"/> Cambios de Humor | <input type="checkbox"/> Crisis de Llanto   |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos de muerte      | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir        | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas         |   |   |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos Extraños       | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Sentimientos de hostilidad    |   |   |
| <input type="checkbox"/> Perdida de interés o placer | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas        | <input type="checkbox"/> Tensión/Ansiedad/Preocupación |   |   |

¿En qué áreas de su vida le está afectando sus preocupaciones? (Señale lo siguiente.)

- |                                      |  |  |  |                                     |
|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alojamiento | <input type="checkbox"/> Auto-estima     | <input type="checkbox"/> Manejar tareas cotidianas | <input type="checkbox"/> Actividades recreativas | <input type="checkbox"/> Relaciones |
| <input type="checkbox"/> Higiene     | <input type="checkbox"/> Trabajo/escuela | <input type="checkbox"/> Asuntos Legales           | <input type="checkbox"/> La Salud                | <input type="checkbox"/> Finanzas   |

¿Alguna vez ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o intentado hacerse daño a sí mismo?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o intentado hacer daño a alguien más?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Ha sido herido o amenazado físicamente por otra persona?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las 3 metas principales que le gustaría lograr en terapia?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOBRE LA FAMILIA Y EL DESARROLLO**

**Miembros de la familia y del hogar:**

Nombre	Edad	Genero	Relación	Vive con usted?
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Antecedentes Familiares de Psiquiatría:      ¿Quien?**

- |                         |       |
|-------------------------|-------|
| Hiperactividad          | _____ |
| Obsesivo-Compulsivo     | _____ |
| Suicidio                | _____ |
| Ataques de Pánico       | _____ |
| Esquizofrenia           | _____ |
| Abuso de alcohol/drogas | _____ |

**¿Quién?**

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| Abuso sexual         | _____ |
| Depresión            | _____ |
| Ansiedad             | _____ |
| Ira / Abusivo/a      | _____ |
| Desorden alimenticio | _____ |
| Otro: _____          | _____ |

**KARITAS COUNSELING**  
**TRATAMIENTO PREVIO DE SALUD MENTAL**

¿Si	No	Tipo de Tratamiento	Cuando?	Proveedor/Programa	Razón del Tratamiento
		Asesoramiento/Consejería			
		Medicamento (Salud Mental)			
		Hospitalización Psiquiátrica			
		Tratamiento de Droga/Alcohol			
		Autoayuda/Grupo de Apoyo			

Tiene una Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD)/Plan de Crisis?  Sí  No

¿Ha sido víctima o estado en riesgo de violencia doméstica, abuso emocional, físico o sexual?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

Otros traumas o pérdidas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOBRE EL USO DE SUSTANCIAS**

Ninguna

**Uso Actual (Últimos 6 meses)**

**Uso en el Pasado**

Tipo de Sustancia	Si	No	Frecuencia	Cantidad	Si	No	Frecuencia	Cantidad
Tabaco								
Cafeína								
Alcohol								
Marijuana								
Cocaína/crack								
Éxtasis								
Heroína / Opiodes								
Metanfetaminas								
Alucinogeno								
Prescripcion								
Otro:								

<b>El cuestionario CAGE adaptado para incluir medicamentos. (CAGE-AID)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Alguna vez ha sentido que debería disminuir o reducir su uso de alcohol y/o drogas?		
2. ¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?		
3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?		
4. ¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios o ayudarlo con la resaca?		
4 o > = CAGE positivo, se indica una evaluación adicional. Si = 1 No = 0.2		

¿Cuáles son sus razones para usar? (e.g. adicción, creer confianza, escapar, social, medicinar, etc.) \_\_\_\_\_

¿Cree que su uso de sustancias es un problema?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido síntomas de abstinencia al intentar dejar de usar alguna sustancia?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido problemas con el trabajo, las relaciones, la salud, la ley, etc. debido a su consumo de sustancias?  
 No  Yes, por favor describa: \_\_\_\_\_

**KARITAS COUNSELING**  
**INFORMACION MEDICA**

¿Cómo describiría su salud física?  Bueno  Mas o Menos  Malo Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_

Indique cuál de las siguientes condiciones médicas le afectan **actualmente**.

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza  | <input type="checkbox"/> Dolores de Estomago     | <input type="checkbox"/> Cáncer                           |
| <input type="checkbox"/> Dolor Crónico      | <input type="checkbox"/> Cirugía            | <input type="checkbox"/> Accidente Grave         | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Vista | <input type="checkbox"/> Convulsiones       | <input type="checkbox"/> Meningitis              | <input type="checkbox"/> Desmayos/ Mareos                 |
| <input type="checkbox"/> Fiebres Altas      | <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Problemas para escuchar | <input type="checkbox"/> Malparto /Aborto                 |
| <input type="checkbox"/> Tiroides           | <input type="checkbox"/> Desorden del Sueño | <input type="checkbox"/> Otro: _____             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual |

¿Está siendo tratado/a actualmente por las condiciones médicas mencionadas anteriormente?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos actuales y de venta libre  Ninguna

Medicamento	Dosis	Fecha de primera prescripción	Razón	Prescrito por

Nombre de su Médico General: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

¿Desea que su terapeuta coordine la atención con su médico?  Sí  No

**INFORMACION INTERPERSONAL/SOCIAL/CULTURAL**

**Estado Civil:**  Nunca se ha casado  Con Pareja  Casado/a  Apartado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Raza:**  Caucásico/a  Americano negro o Africano  Asiático/a  Otro: \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Hispano/a o Latino/a  No Hispano/a o Latino/a  Otro: \_\_\_\_\_

Si está viviendo dificultades debido a cuestiones culturales o étnicos, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cómo identifica su orientación sexual?  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Transexual  Asexual  Inseguro/Cuestionando  Prefiero no responder  Otro: \_\_\_\_\_

Si está o ha tenido alguna dificultad debido a problemas culturales o étnicos, describa: \_\_\_\_\_

¿Qué tan importantes son los asuntos espirituales para ti?  Ninguna  Un Poco  Algo  Mucho

¿Le gustaría que las creencias espirituales / religiosas se incorporen a su tratamiento?  No  Si, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho/a con su vida social actual?  No  Si Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Qué considera que son sus fortalezas? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le gusta de su persona? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento efectivas que ha aprendido? \_\_\_\_\_

**KARITAS COUNSELING**  
**INFORMACION MISCELANEO**

**Historia de Trabajo o Empleo:**

Esta actualmente:  Empleado/a    Estudiante    Desempleado/a    Discapacitado/a    Jubilado/a  
Empleador/Empresa: \_\_\_\_\_ Puesto de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Tiempo de permanencia en este Puesto: \_\_\_\_\_ Nivel de Estrés de este Puesto:  Bajo    Medio    Alto

**Educación:**

¿Actualmente está asistiendo a la escuela?  Sí    No  
 ¿Graduado de Preparatoria?    O    GED? Año de graduación: \_\_\_\_\_  
 Título de Asociado (Associates)   Año: \_\_\_\_\_   Campo Principal de Estudio: \_\_\_\_\_  
 Título Bachiller (Bachelor)   Año: \_\_\_\_\_   Campo Principal de Estudio: \_\_\_\_\_  
 Título Universitario (Graduate)   Año: \_\_\_\_\_   Campo Principal de Estudio: \_\_\_\_\_

**Servicio Militar:**

¿Ha estado o está actualmente en el ejército?  Si    No (Si no, omite esta sección.)  
Rama militar: \_\_\_\_\_ Fecha de baja militar: \_\_\_\_\_ Tipo de baja militar \_\_\_\_\_ Rango militar \_\_\_\_\_  
¿Estuvo en combate?  Sí    No

**Legal/Jurídico:**

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito menor o mayor?  No    Si, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Tienes algún problema legal actual o pendiente?  No    Si, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**For Therapist Use Only:**

<p><b>MSE: Orientation:</b>   <input type="checkbox"/> Time   <input type="checkbox"/> Person   <input type="checkbox"/> Place</p> <p><b>Mood:</b> <input type="checkbox"/> Relaxed   <input type="checkbox"/> Anxious   <input type="checkbox"/> Fearful   <input type="checkbox"/> Suspicious   <input type="checkbox"/> Depressed   <input type="checkbox"/> Irritable   <input type="checkbox"/> Angry   <input type="checkbox"/> Euphoric   <input type="checkbox"/> Guarded</p> <p><b>Affect:</b> <input type="checkbox"/> Appropriate/Congruent   <input type="checkbox"/> Inappropriate   <input type="checkbox"/> Blunted   <input type="checkbox"/> Flat   <input type="checkbox"/> Constricted   <input type="checkbox"/> Expansive</p> <p><b>Speech:</b> <input type="checkbox"/> Rapid   <input type="checkbox"/> Slow   <input type="checkbox"/> Ordinary   <input type="checkbox"/> Hesitant   <input type="checkbox"/> verbose   <input type="checkbox"/> Mute   <input type="checkbox"/> Loud   <input type="checkbox"/> Soft   <input type="checkbox"/> Rambling   <input type="checkbox"/> Incoherent</p> <p><b>Cognition:</b> <input type="checkbox"/> Easily distractible   <input type="checkbox"/> preoccupied   <input type="checkbox"/> denial   <input type="checkbox"/> sufficient</p> <p><b>Thought Patterns:</b> <input type="checkbox"/> Coherent   <input type="checkbox"/> Confused   <input type="checkbox"/> Disorganized   <input type="checkbox"/> Delusional   <input type="checkbox"/> Tangential   <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><b>Insight:</b> <input type="checkbox"/> Good   <input type="checkbox"/> Limited   <input type="checkbox"/> Poor   <input type="checkbox"/> None</p> <p><b>Risk Assessment:</b></p> <p><b>Suicidal:</b>   <input type="checkbox"/> Current   <input type="checkbox"/> Ideation   <input type="checkbox"/> Plan   <input type="checkbox"/> Attempt(s)   <input type="checkbox"/> none disclosed                   <input type="checkbox"/> Past   <input type="checkbox"/> Ideation   <input type="checkbox"/> Plan   <input type="checkbox"/> Attempt(s) Describe: _____</p> <p><b>Homicidal:</b>   <input type="checkbox"/> Current   <input type="checkbox"/> Ideation   <input type="checkbox"/> Plan   <input type="checkbox"/> Attempt(s)   <input type="checkbox"/> none disclosed                   <input type="checkbox"/> Past   <input type="checkbox"/> Ideation   <input type="checkbox"/> Plan   <input type="checkbox"/> Attempt(s) Describe: _____</p> <p><b>General Impression of risk to self or others:</b> _____</p> <p><b>Diagnostic Impression</b> (include dsm-v code): _____</p> <p><b>Recommendation(s):</b> <input type="checkbox"/> Individual counseling   <input type="checkbox"/> Family Counseling   <input type="checkbox"/> Substance abuse education <input type="checkbox"/> Substance abuse counseling   <input type="checkbox"/> Parenting   <input type="checkbox"/> Domestic violence education   <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><b>Suggested treatment plan goals:</b> _____ _____ _____</p>	<p><b>General Appearance:</b> <input type="checkbox"/> Neat   <input type="checkbox"/> Unkempt   <input type="checkbox"/> Bizarre</p> <p><b>Judgment:</b> <input type="checkbox"/> Good   <input type="checkbox"/> Fair   <input type="checkbox"/> Poor</p>
_____ Clinician Signature and Title	_____ Date