



Forever Hope Counseling & Educational Services, LLC

Stone Oak Location
1162 E. Sonterra Blvd Suite 130
San Antonio, Texas 78258

Alamo Heights Location
4900 Broadway Suite 400
San Antonio, TX 78209

www.foreverhopecounseling.com

FORMA DE INFORMACION PARA ADULTO

Favor de notar que esta información es considerada confidencial. Es importante que sea lo más preciso y honesto cuanto sea posible. Gracias.

Fecha: _____ Referido por: _____

Mayor área de Preocupación: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Estado Marital: Soltero Divorciado Segundo Casamiento Casado

Ocupación: _____

de Trabajo: _____ # de Móbil: _____

Nombre de su Pareja: _____

Ocupación de su Pareja: _____

de Trabajo: _____ # de Móbil: _____

Podemos contactarle por email? SI NO

Favor de porveer email: _____

Favor de listar cualquier medicamento que esté tomando actualmente: _____

1. ¿Alguna vez ha recibido conserjería o tomado medicamentos psiquiátricos? SI NO
2. Proveer el nombre del terapeuta: _____
3. Proveer el numero telefónico del terapeuta: _____
4. Diagnosis anterior: _____

5. Favor de listar todos los nombres y edades de las personas que viven en su casa:

¿Ha habido algunos cambios significantes o eventos estresantes en su vida en los pasados dos años como casamiento, divorcio, un recién nacido, inestabilidad financier, violencia domestica, mudanza, nuevo empleo...?

6. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado por alguna de las siguientes razones?

_____ enfermedad fisica: _____

_____ enfermedad mental: _____

_____ alguna otra razón: _____

7. ¿Esta envuelto en algún caso pendiente en la corte? SI NO

Si sí, favor de especificar: _____

8. ¿Que tan satisfecho está con su relación personal actual?

Menos 1 2 3 4 5 Más

9. ¿Que tan satisfecho está con su relación profesional actual?

Menos 1 2 3 4 5 Más

10. ¿Cuantas hora duerme cada noche? _____

11. ¿Cómo son sus hábitos de comer? Pobres Buenos Excelentes

12. ¿Cuánto ejercicio hace por semana? Nada 1-2 horas 3 horas o +

Historial de Salud Mental Familiar: (Favor incluirse usted y familiares lejanos.)

Condición	Favor de circular	Miembro de familia
Alcohol/Abuso de Substancias	Si / No	
Ansiedad	Si / No	
Autismo	Si / No	
Depresión	Si / No	
Retrazo de Desarrollo	Si / No	
Trastorno Alimenticio	Si / No	
Desorden Obsesivo-Compulsivo	Si / No	
Esquizofrenia	Si / No	
Suicidio/Intento de Suicidio	Si / No	
Comportamiento bizarro o extraño	Si / No	

Otro Historial:

1. ¿Ha tenido alguna experiencia de abuso o negligencia?

_____ abuso físico _____ abuso sexual o _____ abuso verbal

Detalles:

2. ¿Qué tan seguido ingiere alcohol?

_____ nunca _____ 1-2 a la semana _____ 3 o más veces a la semana

3. ¿Fuma?

_____ nunca _____ 1-2 a la semana _____ 3 o más veces a la semana

4. ¿Usa usted drogas por diversion? _____ si _____ no

5. ¿Alguna vez ha tenido pensamientos de lastimarse a si mismo o a otros?

6. ¿Alguna vez ha tenido problemas legales como libertad condicional, disputa de divorcio, etc.?

7. ¿Qué considera que con sus cualidades?

8. ¿Qué considera que con sus debilidades?

9. ¿Sufre de Dolores de estómago, Dolores de cabeza o mareos por alguna razón que no sepa?

10. ¿A quién considera como Sistema de apoyo en su comunidad o en su familia?

11. ¿Que resultados espera de la terapia o cuales son las áreas que le gustaría enfocarse durante las sesiones?

12. Favor de compartir cualquier otro detalle:

**Esta porción será completada por la Terapeuta durante la consulta ~
FAVOR DE NO ESCRIBIR MAS ALLA DE ESTA LINEA**

Recommendations:

Frequency: *weekly* *biweekly* *monthly* *consult only* *referral*

Type of Service: *ABA* *Skills training* *Counseling* *Diagnostic Testing*

Level: *LPC intern* *LMFT associate* *PsyD Intern* *LPC Director*

Special Notes:

Recommended clinician: _____

Date and time requested: _____

Recommended goal areas:

1. _____

2. _____

3. _____