



Caridades Catolicas
Servicios Familiares Historial Social

Fecha: _____ Nombre: _____

El propósito de este formulario es ayudar a su terapeuta a completar una evaluación rápida y exhaustiva, a fin de crear un plan de servicio adaptado a las necesidades específicas del cliente. Complete las preguntas de la forma más precisa posible, de modo que podamos brindarle los servicios más adecuados a sus necesidades. Este formulario y todos sus registros son confidenciales.

Indique con sus propias palabras el motivo para buscar terapia en este momento: _____

Si corresponde, cuándo comenzó el problema? Qué ha contribuido al mantenimiento ? Cuales soluciones han ayudado? _____

Qué esperas obtener de la terapia? _____

Lista de problemas

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas de empleo | <input type="checkbox"/> Comportamiento arriesgado | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicida |
| <input type="checkbox"/> Problemas escolares | <input type="checkbox"/> Insatisfacción generalizada | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Problemas legales | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Comportamiento pasivo |
| <input type="checkbox"/> Problemas financieros | <input type="checkbox"/> Dificultad de estar solo | <input type="checkbox"/> comportamiento agresivo |
| <input type="checkbox"/> Arreglos de vivienda | <input type="checkbox"/> Ansiedad que limita sus actividades | <input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo no deseado |
| <input type="checkbox"/> Cambio de apetito / peso | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Apartado |
| <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Imperactividad | <input type="checkbox"/> Preocupacion por el uso de alcohol y drogas |
| <input type="checkbox"/> Llanto incontrolable e inexplicable | <input type="checkbox"/> Ataque de panico | <input type="checkbox"/> Preocupacion por desorden alimenticio |
| <input type="checkbox"/> Extravagancia con dinero | <input type="checkbox"/> Tristeza/ depresion | <input type="checkbox"/> Abuso previos |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Enfermedad cronica | <input type="checkbox"/> Problemas sexuales |
| <input type="checkbox"/> olvido | <input type="checkbox"/> Preocupado/Nervioso | <input type="checkbox"/> Problemas de identidad de sexo |
| <input type="checkbox"/> Mentirasas frecuentes | <input type="checkbox"/> Tímido, incómodo con los demás | <input type="checkbox"/> Mala concentración |
| | <input type="checkbox"/> Preocupaciones físicas | <input type="checkbox"/> Problemas de relación |

Historia Familiar Marital / Personal

Estado civil: Soltero Comprometido(a) Viven juntos Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)

Fechas si aplica: _____

Nombre de esposo/hijos Genero Viven en casa edad ocupacion Relacion (describa)

Ejem John M Si 45 Ventas Esposo– Relacion cercana

Por favor continúe atrás si necesita.

Nombre de esposo/hijos	Genero	Viven en casa	edad	ocupacion	Relacion (describa)

Numero y fechas de perdidas de embarazo (aborto involuntario, muerte antes de nacer, aborto voluntario) _____

Ha tenido algun cambio grande usted o un miembro de su familia? (se ha movido, nacimiento, muerte, enfermedad) _____

Empleo

Liste empleos y posiciones, empezando por los mas recientes:

Fecha de empleo Posicion Empleador Lugar Razón para dejar el empleo

Fecha de empleo	Posicion	Empleador	Lugar	Razón para dejar el empleo

Problema para relacionarse con personas en el trabajo.

Explique : _____

Historial Medico

Fecha de su ultimo examen medico: _____

Problemas graves de salud: _____

Enfermedades graves en el pasado, cirugias, accidentes (incluya fechas): _____

Medicinas que esta tomando (incluya dosis)

Condition treated

Tratamiento de salud mental anterior y actual

Tiene actualmente pensamientos suicidas S / N _____

Te has autolesionado S \ N Que tipo, cuando: _____

Has intentado suicidarte en algu momento? S/ N Hace cuanto tiempo: _____

Paciente Externo

Proveedor

Ubicacion

Fecha

Condicion tratada

Resultados

Paciente Interno

Proveedor

Ubicacion

Fecha

Condicion tratada

Resultados

Usa de Sustancias

Alcohol (frecuencia) _____ Drogas ilicitas (incluso marijuana) _____

Cafeína _____ Tabaco _____ Esta preocupado por el uso de sustancias? S /N

Alguien mas ha mostrado preocupacion po su uso de sustancia? S/ N

Algún miembro de su familia tiene problemas con lo siguiente (anote la relación y la duración):

Alcoholismo/abuso de drogas: _____

Problemas mentales: _____

Algun miembro de su familia ha intentado suicidarse: _____

Familia de origen Ocupacion

Padres/Hermanos Genero edad Ocupacion Relacion
Ejemplo. Maria F 65 Ama de casa Madre - Relacion Cercana

Por favor haga una lista de eventos y fechas importantes de la familia mientras crecía (movimientos, muertes, divorcios, etc.)

Educacion

Nivel de educacion completado: _____

Titulos obtenidos en la escuela: _____

Algun problema de aprendizaje ? IEP? _____

Private Public Homeschooled

Historal de Abusos

Ha experimentado algun tipo de abuso: **S /N**

Emocional Fisico Sexual Verbal Violencia Domestica Negligencia Otros _____

A que edad(es) _____

Recursos

Estás abierto a incorporar tu fe en tus sesiones de terapia? Explique. _____

Religion de nino: _____

Religion de adulto: _____