

EVALUACIÓN PSICO-SOCIAL

De 16 años en adelante

Nombre _____ Cuenta. # _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Terapeuta: _____

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas lo más que pueda.

Evaluación de Problemas

Problemas presentes/Stress — *Por favor marque todas las que apliquen:*

- Problemas matrimoniales Problemas de salud Problemas de empleo
 Problemas financieros Problemas entre padres e hijos
 Problemas del pasado (culpabilidad, abuso, negligencia, Problemas con la familia nuclear etc.)
 Otros _____

Síntomas — *Por favor marque todas las que apliquen:*

- Cambios en el patrón de sueño Humor depresivo Cambios de humor
 Falta de energía Falta de interés o placer Problemas con el enojo
 Falta de concentración Cambios en el apetito Falta de motivación
 Pensamientos acerca de la muerte Ansiedad/Preocupación/Pánico
 Otros _____

Ideas suicidas u homicidas — *Por favor marque todas las que apliquen:*

¿Ha intentado suicidarse o matar a alguien en el pasado? Sí No
 Si es sí, como? _____

¿Hay algún historial de suicidio en su familia nuclear o extendida? Sí No

¿Se ha causado heridas o quemaduras usted mismo? Sí No

¿En el presente, tiene usted pensamientos de matarse o matar a alguien? Sí No

¿Hay algunos otros comportamientos de alto riesgo que usted está practicando? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique _____

¿Qué eventos en el pasado le han llevado a buscar consejería? _____

Describa los problemas adicionales que usted está experimentando. _____

¿Cuándo se desarrollaron estos problemas? _____

¿Marque las pérdidas recientes que usted ha experimentado?

- Familia Salud Disrupción del estilo de vida Empleo Persona Significativa
 Otros _____

Haga una lista de sus fortalezas y debilidades

Fortalezas	Debilidades

Si aplica, por favor haga una lista de sus habilidades/intereses y preferencias que usted tiene.

Habilidades/Intereses	Preferencias

Historia Psiquiátrica

¿A usted asistido a consejería en el pasado? Sí No Si es si, por favor complete la información abajo,

Lugar	Por cuanto tiempo asistió	Fecha (s)

¿Ha sido admitido alguna vez en el hospital por causas de salud mental o problemas con adicciones? Sí No

Lugar: _____ Fecha(s): _____

Nombre de su Doctor actual o terapeuta: _____

¿Ha sido diagnosticado con un desorden psiquiátrico? Sí No Si es si, por favor explique _____

¿Cree usted que la medicina que ha tomado en el pasado o en el presente ha sido efectiva? Sí No

Por favor explique _____

Haga una lista de todas las medicinas que usted ha tomado en el pasado para la ansiedad, depresión o para dormir.

Información Médica

¿Cómo describiría su condición actual de salud? _____

¿Tiene algún tipo de incapacidad u otro tipo de desorden? Sí No Si es si, por favor explique. _____

Explique cualquier ajuste especial que necesita para la incapacidad o desorden: _____

¿En la actualidad toma algún tipo de medicamento? Sí No Si es si, por favor complete la información en la parte de abajo,

Nombre del medicamento	Dosis/ Frecuencia	Doctor que la receta

Es usted alérgico a algún tipo de medicamento o ha tenido algún tipo de reacción adversa a algún medicamento?

Sí No

Si es si, por favor haga una lista. _____

Ha pasado más de un año desde que se hizo su último examen anual, incluyendo exámenes de sangre? Sí No

¿Ha tenido algún aborto? Sí No Hombres: ¿Algún hijo suyo ha sido abortado? Sí No

¿Es alérgico? Sí No Si es si, por favor explique _____

¿Está embarazada? Sí No

¿Puede quedar embarazada? Sí No

Por favor haga una lista del cuidado prenatal que usted está recibiendo: _____

Haga una lista de cualquier problema de salud, Procedimientos de operación, y hospitalizaciones médicas.

Problema	Fechas	Tratamiento

Historial de uso

Describa el uso presente, o el uso entre el año pasado de las siguientes sustancias

Substancia	Cantidad	Frecuencia	Edad en la que usó por primera vez	Edad en la que empezó a usar regularmente	Ultimo vez que usó
Cafeína					
Nicotina					
Mariguana					
Alcohol					
Otras sustancias					

¿A usted experimentado un incremento reciente en el uso de alcohol u otras sustancias? Sí No

¿Usted, su familia o sus amistades ven como un problema su uso de sustancias? Si No Si es si, cuando llego a ser un problema? _____

Por favor describa cualquier experiencia previa con el uso de alcohol o drogas _____

Describa cualquier historia familiar significativa con el uso de sustancias. _____

Nutrición

¿Cree usted que tiene patrones alimenticios balanceados y nutritivos? Sí No

¿Está preocupado acerca de su peso y figura? Sí No

¿Practica el comer cuando está deprimido, aburrido o enojado? Sí No

¿A usted ingerido alimentos desmedidamente o tiene miedo de perder el control de su alimentación? Si No

¿En alguna ocasión se ha usted provocado el vómito? Si No

¿Cómo se siente usted si come con otros en grupo? _____

¿A usted usado purgas, diuréticos (pastillas de agua) o medicamentos para bajar de peso? Sí No

¿Cree usted o los demás que hace ejercicio en exceso? Sí No

Historia legal — Por favor explique todo lo que aplica.

Cargos como menor: _____

Cargos presentes: _____

Arrestos (Cuantos): _____

Encarcelamientos (Cuantos): _____

Libertad condicional: _____

Cargos mayores (Cuantos): _____

Probatoria: _____

Banca rota: _____

Demandas civiles: _____

Problemas de custodia infantil: _____

Historial del desarrollo

Haga una lista de los miembros de su familia de origen y comente como se relaciona con cada uno de ellos

Nombre	Relación	Comentarios

¿Cuál fue el orden de su nacimiento? Yo fui el _____ de _____ niños. Quien lo crio? _____

¿Cómo describiría su niñez? Traumática dolorosa Aburrida Buena Feliz

¿Cómo fue usted de niño (incluyendo amigos, escuela, pasatiempos, y personalidad)? _____

Tuvo usted alguna experiencia inusual o traumática en su niñez, ya sea que la haya experimentado o haya sido testigo ocular.

Fecha	Edad	Evento

¿Ha sido usted víctima de actos sexuales no solicitados? Sí No

Si es si, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha sido usted víctima de abuso, negligencia o violencia? Sí No

Si es si, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha sido usted al causante de abuso, negligencia o violencia hacia otra persona? Sí No

Si es si, por favor explique: _____

¿Cuál es su orientación sexual? Heterosexual Homosexual Bisexual

¿Cuál es su expresión de género? Hombre Mujer Otro _____

Condición de la vivienda

Satisfactoria No satisfactoria?

¿En dónde vive actualmente? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Con quién vive en la actualidad? _____

Describe su actual relación con miembros de su familia. _____

Relaciones sociales/ Sistema de apoyo

Con quien cuenta usted para ser apoyado(a) *marque todas las que apliquen.*

- Padres Esposa Hermanos Familia extendida Empleador Iglesia Pastor Vecino(s)
- Compañero de trabajo Amigo cercano Grupo de auto-ayuda Servicios de la comunidad Terapeuta
- Medico

Haga una lista de amigos cercanos, si tiene algunos _____

¿Cuál es su pasatiempo o actividades de relajamiento? _____

Historia matrimonial (si se aplica)

¿Cuándo contrajo matrimonio? _____ Nombre y edad del conyugue. _____

¿Matrimonios previos? Si No Si es si, fecha del divorcio(s). _____

¿Cuántos hijos tiene del matrimonio(s) arriba mencionado? Cuantos niños tiene de los matrimonios previamente mencionados? _____

Cuál es la su percepción de su matrimonio presente (incluyendo patrones de comunicación, problemas y relaciones sexuales) _____

Haga una lista de la edad y el nombre de los niños. Como se lleva con cada uno de ellos?

Nombre	Edad	Comentario

Situación financiera

Describe brevemente su situación financiera _____

Factores culturales y religiosos

Cuál es su contexto religioso? _____

Describe la atmosfera religiosa en su hogar (Pasada y presente)

¿En el presente asiste a una iglesia?, sinagoga, mezquita, o algún otro servicio religioso? Sí No

Cuál es el concepto y/o idea que usted tiene de Dios? _____

Describe su relación con Dios. _____

¿Cómo considera la participación de Dios en su recuperación?

Por favor haga una lista de los problemas (positivos o negativos) relacionados con su religión, grupo étnico o contexto cultural que han sido importantes o pudieron haberle afectado _____

Historia Educativa

¿Cómo era la escuela para usted? _____

Hasta qué grado de educación obtuvo. _____ Cuál fue el tipo de grados que alcanzó? _____

¿En el presente asiste a una escuela? Si No Si es si, cual es el grado? _____

¿Cómo describiría su nivel presente de educación? _____

Historia de ajustamiento laboral

Describa su empleo o vocación actual. _____

¿Disfrutaría usted si continúa en ese empleo por largo tiempo? _____

¿Cómo se lleva usted con personas que están en autoridad sobre usted? _____

Describa la relación con sus compañeros de trabajo. _____

Describa que tan bueno es en su empleo presente. _____

Alguna vez ha sido despedido o descansado de un trabajo? Si No

Si es si, por favor explique. _____

Cuantos empleos ha tenido en los últimos cinco años? _____

Historia Militar

¿Haga una lista de la división, fecha y responsabilidades? _____

Familia

¿Sería de beneficio si algún miembro(s) de su familia o guardián legal participara en su tratamiento?
Explique quien y porque? _____

¿Podríamos contactar a cualquiera de las personas que usted ha mencionado en la parte de arriba para que provean su punto de vista y participación en su cuidado?

Si No Si es si, información de contacto: _____

¿Cuál es la percepción de su familia o guardián legal acerca de sus dificultades? _____

Otras cosas

¿Hay algunas otras cosas acerca de usted que pudieran ser de utilidad al nosotros saberlas? _____

¿Con el permiso de usted, hay alguien más que sería apropiado contactar en relación a su cuidado?

Si No Nombre y número de teléfono. _____

Como fue referido a las clínicas Meier? _____

¿Hay alguien a quien nosotros estemos legalmente obligados a notificar en relación a su cuidado? Sí No

Si es si, por favor provea la información necesaria para contactarle (s)

Hay alguna necesidad de tecnología para asistirlo en su tratamiento? Si No Si es si, que es lo que usted necesita? _____

Que le gustaría lograr durante su tratamiento con las clínicas Meier? _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Leído y revisado por: _____

Fecha: _____

(Terapista)