



# 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   Terapista

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 alcanzo?

¿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**

Describe 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?

Describe la relación con sus compañeros de trabajo.

Describe 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: \_\_\_\_\_  
(Terapeuta)