

Therapist \_\_\_\_\_

File No. \_\_\_\_\_

(For office use only)

# CENTRO SAMARITANO DE CONSERJERÍA DE ALBUQUERQUE

## (SAMARITAN COUNSELING CENTER OF ALBUQUERQUE)

La información que se pide es para ayudarnos a entenderle a usted y de lo que se preocupa. Favor de llenar este formulario tan completo como pueda. Toda la información se quedará en confianza estricta.

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primero) (Medio) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_

(Ciudad) (Estado) (Condado) (Código Postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Casa) (Trabajo) (Celular)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Escuela (si le aplique) \_\_\_\_\_ Grado:  Estudiante de tiempo completo  
 Estudiante de medio tiempo

Empleador: \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  
 Medio Tiempo

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre y relación) (No. de teléfono)

Preferencia Religiosa: \_\_\_\_\_ Iglesia: \_\_\_\_\_  
(Si tiene)

¿Quién le refirió al Centro Samaritano de Conserjería?

\_\_\_\_ Clero    \_\_\_\_ Doctor    \_\_\_\_ Internet    \_\_\_\_ Familia/amigo/a    \_\_\_\_ Abogado/corte  
\_\_\_\_ Seguros    \_\_\_\_ Escuela    \_\_\_\_ Cliente previo    \_\_\_\_ Medios    \_\_\_\_ Otro (Favor de especificar)

Responsabilidad del Pago:

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

No. de seguro social de la persona que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Sí mismo

Otro: \_\_\_\_\_

**Estado Matrimonial:** \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Viudo/a  
\_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Separado/a

**Fecha de su matrimonio actual** (Si le aplique): \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

**Nombre de esposo/a** \_\_\_\_\_

**Matrimonio(s) previo(s) (fechas, como se terminaron):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Niños:</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**¿Hay hijos difuntos?** \_\_\_\_\_ **Si es así, ¿cuándo?** \_\_\_\_\_

**Padres/tutores si es menor de 18 años:** \_\_\_\_\_

**Doctor:** \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Dirección) \_\_\_\_\_ (No. de teléfono)

**Educación:** (indique el último grado cumplido o bachillerato): \_\_\_\_\_

**Servicio militar:** \_\_\_\_\_ **Fecha(s):** \_\_\_\_\_

### **ORIGEN FAMILIAR**

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Si se murio, ¿cuándo?** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Si se murio, ¿cuándo?** \_\_\_\_\_

<b>Hermanos</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**¿Hay hermanos difuntos?** \_\_\_\_\_ **¿Quién y cuándo?** \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN MÉDICA**

**Por favor, haga una lista de los problemas de salud que tiene actualmente:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Por favor, haga una lista de los problemas de salud que ha tenido en el pasado, incluyendo operaciones:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Tiene alergias?**  Sí  No

¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Ha participado en el proceso terapéutico antes?  Sí  No

¿Con quién y cuándo? \_\_\_\_\_

Al presente, ¿está en consulta con otro terapeuta?  Sí  No

¿Con quién? \_\_\_\_\_

Al presente, ¿toma medicina?  Sí  No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Para cuáles condiciones? \_\_\_\_\_ ¿Quién se la recetó? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo la ha tomado? \_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES

Escriba en sus propias palabras lo que le preocupa y que le trajo al centro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de marcar lo que describe sus preocupaciones o lo que se relaciona con las preocupaciones mencionadas arriba:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                      | <input type="checkbox"/> Ira                     | <input type="checkbox"/> Preocupaciones religiosas       |
| <input type="checkbox"/> Congoja                       | <input type="checkbox"/> Problemas de autoestima | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en Dios           |
| <input type="checkbox"/> Depresión                     | <input type="checkbox"/> Miedo                   | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en si mismo       |
| <input type="checkbox"/> Nerviosidad                   | <input type="checkbox"/> Duda de si mismo/a      | <input type="checkbox"/> Pérdida de fe en otros          |
| <input type="checkbox"/> Soledad                       | <input type="checkbox"/> Culpabilidad            | <input type="checkbox"/> Pérdida de esperanza            |
| <input type="checkbox"/> Empleo/problemas vocacionales | <input type="checkbox"/> Emociones de suicidio   | <input type="checkbox"/> Pérdida de significado          |
| <input type="checkbox"/> Asuntos sexuales              | <input type="checkbox"/> Relaciones con padres   | <input type="checkbox"/> Pérdida de respecto en si mismo |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o drogas     | <input type="checkbox"/> Relaciones con hijos    | <input type="checkbox"/> Pérdida de amor                 |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio/relaciones         | <input type="checkbox"/> Confusión               | <input type="checkbox"/> Crecimiento personal            |
| <input type="checkbox"/> Divorcio/custodia             | <input type="checkbox"/> Familias de             | <input type="checkbox"/> Otro                            |
| <input type="checkbox"/> Legal                         | <input type="checkbox"/> padrastro/madrastra     |  |