Jose O. Alfaro, LMFT
Terapista Familiar y Matrimonial
Lic. # LMFT106423
(661) 214-3044

Información del Cliente **Fecha**_____

Nombre:_____**Fecha de Nacimiento**:_____

Dirección:_____
_

Ciudad:_____ **Estado**:_____**Código Postal**_____

Teléfonos (Por favor indique en que número se le puede dejar mensaje).

□ **Casa** _____ □ **Celular**: _____ □ **texto**: _____(iniciales)
Nota: llamadas telefonicas or textos no seran considerados confidenciales.

Correo electrónico:_____

Me permite comunicarme con usted atravez de su correo electrónico: □ Si □ No (La información transmitida por correo electrónico no será considerada confidencial)

Contacto de Emergencia:

Nombre:_____**Tel:**_(_____)_____
_

Relacion:_____

Estado civil: soltero (a) casado (a) divorciado (a) separado (a) viudo (a) sociedad doméstica (a)
Número de veces que ha estado casado (a):_____

Si tiene hijos, por favor escriba el nombre y la fecha de nacimiento de cada uno (a):

Seguro Médico
Nombre su Seguro Medico: _____

Número de Identificación:_____

Grupo:_____

Información del Principal en el Seguro Médico

Nombre:_____

Fecha de Nacimiento:_____Teléfono:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____Estado:_____Código Postal_____

Información Médica y de Salud Mental

1. Cual es el nombre de su doctor? _____

2. Fecha de su último examen médico:_____

3. A estado hospitalizado (a), cual fue la razón?
_____
_____
____

4. Toma medicamento? Sí_____ No_____

Indique el nombre y la dosis:
_____
__

5. Indique con un círculo si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 meses:

Agresión / Pesadillas / Problemas con la Memoria / Sentirse vacío / Preocupación Exagerada / Tristeza / Culpabilidad / Llanto Emocional / Comportamiento Auto-destructivo / Dificultad con Relajamiento / Ansiedad / Depresión / Baja Auto-estima Comportamiento Sexualizado / Relaciones destructivas / Apatía / Pánico / Alucinaciones / Poca concentración / Irritabilidad o Agitación / Aislamiento / Miedo Insomnio / Dormir Demasiado / Problemas Alimenticios / Impulsividad / Fatiga / Fobias Obsesiones/Compulsiones / Dificultad con expresion de Emociones / Hiperactividad
Cambios repentinos de estado de ánimo / Preocupación con la Muerte o Suicidio /

Dificultad con control de enojo / Celos é Inseguridades/ Problemas de Pareja.

6. Alguna vez ha intentando hacerse daño? Si _____ No_____

7. Si su respuesta es afirmativa, por favor explique cuando y que fue lo que pasó:
_____

8. Alguna vez ha intentado hacerle daño a otra persona(s)? Si _____ No_____

9. Si su respuesta es afirmativa, por favor explique cuando y que fue lo que pasó:
_____

10. Consume bebidas alcohólicas mas de una vez por semana? Si _____ No_____

11. Consume drogas? Si _____ No _____

Con que frecuencia? (marque la respuesta correcta):

Todos los días _____ Semanalmente _____ Mensualmente _____ Con poca frecuencia ____ Nunca _____

12. Tiene una relación Intima? Si _____ No _____
Si su respuesta es afirmativa, por cuanto tiempo?_____

Como describe su relacion Intima?
_____

13. Recientemente ha tenido algún cambio significante o de mucho estrés en su vida?
_____

_____

Historia Médica Familiar

Tiene su familia historial de las siguientes condiciones? Si su respuesta es afirmativa, por favor escriba en el espacio disponible, quien en su familia (padre, madre, abuela, tía, etc.) ha tenido este problema:

Alcoholismo y Consumo de drogas_____
Depresión _____
Bipolar _____
Violencia Doméstica _____
Problemas Alimenticios _____
Obesidad _____
Comportamiento Obsesivo ó Compulsivo _____

Esquizofrenia _____
Suicidio _____
Daño corporal (cortarse, quemarse, etc.)_____
1.Se considera una persona espiritual y/o religiosa? Si_____ No_____
Si su respuesta es afirmativa, cual es su fé o religión?:
_____

2. Cuales son sus fortalezas/abilidades?
_____
__
_____
__
_____
__
_____
__
_____
__

3. Cuales son sus debilidades?
_____
__
_____
__
_____
__
_____
_____
____
4. Cuales son sus metas que udsted quiere lograr en terapia/consejeria?
_____
__
_____
__

Nombre del Cliente:_____

Fecha de Nacimiento:_____

Fecha de Inicio:_____

Plan de Tratamiento

Areas de tratamiento

1).

2).

3).

Objetivos/metas de tratamiento

1).

2).

3).

DSM V Diagnosis: 1)_____ 2)_____
3)_____

Firma del Cliente:_____
Fecha:_____

Firma de padre/guardian legal:_____
Fecha:_____