

Porfavor lista tu madre, padre, hermanos, hermanas, familia política, o cualquier miembro de familia o amigo/que impacta tu vida de forma positiva o negativa.

Nombre	Sexo	Edad	Relación con usted	Descripción Breve

Por favor identifica cuál de los siguientes has experimentado en tu familia de origen o cuando eras chico:

- Abuso físico Abuso emocional Abuso sexual Abortos
 Abandono de padre/s Uso de drogas/alcohol Trauma Violencia domestica
 Padres Estrictos Perdidas por muerte Peleas frecuentes Múltiples Casamientos de padres
 Encarcelamiento/s Amenazas verbales Desconfianza Padres con enfermedades
 Padres/hermanos con enfermedades crónicas Padres o Cuidadores con enfermedades mentales
 Otros; _____

Favor de describir el tipo de ambiente de la familia en la que tu creciste:

¿Practicabas alguna religión?: _____ Nombra algún Ser supremo en el que tu creas _____

¿Qué religión practicaban tus padres? _____

Empleo/Educación

Empleador/ Nombre de Escuela: _____ Ocupación/Grado: _____

Empleador/Escuela Número: _____ ¿Puedo contactar este número? Si No

Grado más alto completado: _____

Historia de Consejería

Por favor, comparta una breve descripción de la principal preocupación o razón principal por la cual búsqueda esta intervención profesional; _____

Ha estado alguna vez en consejería? Si No Con Quien (nombre del consejero) : _____

¿Qué resultados tuvo de la consejería? _____

¿Alguna enfermedad mental diagnosticada por un siquiatra o profesional de salud mental? _____

¿Qué estrategias a usado para solucionar esta situación o problema que le trae a nuestra oficina?

Nombre del terapeuta/programa	Paciente interno o externo	Temas Tratados	Fechas

¿Intentos de suicidio?: Si No Si es así, cuando?: _____

¿Resultados? (Hospitalización? etc.): _____

Pensamientos de suicidio recientes? Si No Tienes un plan para hacerse daño?: _____

Método?: _____ información adicional de suicidio: _____

Tiene ideas o deseos de hacerle daño a otra persona?: Si No

¿Está tomando alguna medicación psicotrópico? Si No Lista la medicinas: _____

¿Quién le receta medicamentos? _____

Antecedentes de historia mental? Si No Describa: _____

Por favor, compruebe los comportamientos y síntomas que se le ocurran más a menudo que le gustaría que tenga lugar:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> agresión | <input type="checkbox"/> problemas de alimentación | <input type="checkbox"/> perdida/aumento de peso | <input type="checkbox"/> días que no duerme nada/poco |
| <input type="checkbox"/> uso de alcohol | <input type="checkbox"/> historial de abuso sexual | <input type="checkbox"/> irritabilidad | <input type="checkbox"/> exceso de preocupación |
| <input type="checkbox"/> animo cambiante | <input type="checkbox"/> baja autoestima | <input type="checkbox"/> días de actividad excesiva | <input type="checkbox"/> pesadillas frecuentes |
| <input type="checkbox"/> enojo frecuente | <input type="checkbox"/> abuso emocional | <input type="checkbox"/> problemas de pareja | <input type="checkbox"/> abandono en la infancia |
| <input type="checkbox"/> deseos de estar solo/a | <input type="checkbox"/> fatiga | <input type="checkbox"/> deterioro de la memoria | <input type="checkbox"/> negatividad/ desesperanza |
| <input type="checkbox"/> intranquilidad constante | <input type="checkbox"/> juegos de azahar/apuestas | <input type="checkbox"/> problemas con hijos/parientes | <input type="checkbox"/> expectativas altas de mi |
| <input type="checkbox"/> apatía a muchas cosas | <input type="checkbox"/> dolores sin causa medica | <input type="checkbox"/> movimientos lentos | <input type="checkbox"/> provocas vomito |
| <input type="checkbox"/> evitar a las personas | <input type="checkbox"/> identidad de sexo | <input type="checkbox"/> ataques de pánico | <input type="checkbox"/> historial de trauma |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> pensamientos incontrolables | <input type="checkbox"/> miedos | <input type="checkbox"/> recuerdos no deseados |
| <input type="checkbox"/> depende emocionalmente de otros | <input type="checkbox"/> escucha voces | <input type="checkbox"/> historial de abuso fisico | <input type="checkbox"/> historial de abuso verbal |
| <input type="checkbox"/> hace apuestas | <input type="checkbox"/> palpitaciones del corazón | <input type="checkbox"/> pobre concentración | <input type="checkbox"/> violencia domestica |
| <input type="checkbox"/> tristeza constante | <input type="checkbox"/> desesperación | <input type="checkbox"/> pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> preocupación con el peso |
| <input type="checkbox"/> desorientación | <input type="checkbox"/> impulsividad | <input type="checkbox"/> deseos de morir | <input type="checkbox"/> no tiene amigos |
| <input type="checkbox"/> problemas de concentración | <input type="checkbox"/> irritabilidad | <input type="checkbox"/> perdida de interés | <input type="checkbox"/> problemas en el trabajo |
| <input type="checkbox"/> ve cosas que otros no ven | <input type="checkbox"/> días de cama | <input type="checkbox"/> evita lugares para evitar recuerdos | <input type="checkbox"/> Otro (especifica) |
| <input type="checkbox"/> usa medicamentos que no son suyos | <input type="checkbox"/> perdida del apetito | <input type="checkbox"/> flashbacks | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> es inconsistente en sus esfuerzos | <input type="checkbox"/> le gusta leer | <input type="checkbox"/> le gusta escribir | <input type="checkbox"/> le gusta dibujar |

Historial Medico

Nombre de medico actual: _____ Fecha y resultado del último examen fisico: _____

Nombre de cualquier condición médica diagnosticada por un doctor; _____

Historia de Abuso de Sustancia

Tiene usted u otra persona preocupación de el uso que usted tiene con las drogas o el alcohol? Si No

Usted ha tratado de controlar el uso de el alcohol o las drogas? Si No

Se clasifica usted un drogadicto o un alcohólico? Si No

Si es así, cual es su droga de elección? _____

Usted ha sido tratado por el uso de drogas o alcohol? Si No

Si es así, donde y cuando? _____

Tipo de químico	Edad de inicio	Edad de uso regular	Frecuencia, cantidad, tipo, y método	Ultimo uso
<u>Alcohol</u> Cerveza, vino, licor				
<u>Cocaine Crack</u>				
<u>Cannabinoids</u> Marijuana, Hash				
<u>Amphetamines</u> Crystal Meth, Crank, Speed, Ice, Diet Pills, Benzedrine, Dexedrine, Ritaline, Ecstasy, Methedrine				
<u>Hallucinogens</u> PCP, LSD, STP, Mescaline, Mushrooms, Peyote, Acid, Ketamone				
<u>Sedatives</u> Downers, Quaaludes, GHB <u>Sleeping Pills</u> Ambien, Seconal <u>Tranquilizers</u> Mellaril, Thorazine, Haldol				
<u>Benzodiazepines</u> Valium, Librium, Xanax, Ativan, Tranxene, Klonopin, Serax, Centrax				
<u>Los Opiáceos</u> Heroína, Demerol, codeína, metadona, morfina, Dilaudid, Percodan, Darvon, Lortab, Opium, Percocet, OxyContin, Soma, Vicodin, hidrocodona				
<u>Inhalants</u> Gasoline, Glue, Freon				

Firma del Cliente

Fecha



Nombre : _____ Fecha: _____

Bienvenido a nuestra oficina virtual donde le ofreceremos una intervención profesional de Coach de Vida. Deseamos que su experiencia sea de gran ayuda. Con la intención de que nos entendamos mejor y podamos desarrollar una relación clara y sana queremos informarle sobre los siguientes puntos que le explicaremos en breve. Te pedimos que leas y escribas tus iniciales al lado de cada enunciado.

Firma con tus

Iniciales _____ **1.** Tu llegada a tiempo a nuestra cita virtual es de suma importancia. Esto nos ayuda a maximizar nuestro tiempo juntos. **El cobro de la consulta no cambia si usted llega tarde.**

_____ **2.** Le motivamos para que al momento de su llamada se asegure que escoge tener su cita en un lugar donde **usted tenga** privacidad. Tenga a la mano “tissues” o “kleenex” por si los necesita. Asegúrese que su teléfono/computadora está completamente cargado antes de la llamada.

_____ **3.** Entendemos que en un mundo de imprevistos, en algún momento puede surgir alguna emergencia. TODAS las cancelaciones de menos de 24 horas antes de su cita, tendrán un costo del 50 % de la consulta total. ANTES de que pueda hacer otra cita deberá de pagar este cargo. **NO HAREMOS** Excepción DE PERSONA. Hemos reservado este tiempo para usted y cuando tenemos un espacio libre de última hora, estamos dejando de ayudar a otras personas que también necesitan este servicio.

_____ **4.** Aunque nuestra practica **NO** tiene servicios nocturnos o de emergencia, si necesita hablar con Marisol Mercado fuera de su cita, se le cobrará \$85.00 dólares por la hora o en incrementos de 15 minutos. Ejemplo; la conversación dura 12 minutos, el pago será de \$25.50 dólares. Para emergencias llame al 911 o visite su hospital mas cercano.

_____ **5.** Cada consulta tiene una duración de 50 minutos. Si tenemos tiempo en ocasión le regalamos mas tiempo si es necesario sin ningún costo alguno.

_____ **6. Recuerde que para reservar su siguiente cita, debe de ser pre-pagada. Se le enviará un recordatorio de su cita via texto, pero por favor recuerde que es su responsabilidad recordar el día de su cita.**

_____ **7.** La intención de este servicio de **Coach de Vida** es ayudarle a que usted se entienda mejor, desarrolle destrezas de manejo más saludables, explorar opciones a su situación y logre mejorar su calidad de vida. Sepa por favor, que si esto no sucede, **es su responsabilidad dejarnos saber.** Esta intervención no siempre tiene el mismo efecto en todo los consumidores. Podemos cambiar las técnicas que usamos o referirle a otro profesional si está a nuestro alcance.

_____ **8.** Si solicita algún documento de nuestra parte, necesitamos su pedido por escrito y 40 días antes del día en que lo necesita. Tendrá un cargo dependiendo del tiempo que nos tome generar el documento. Este cargo es pagadero antes que se le entregue o envíe el documento.

Nos reservamos el derecho de admisión. Este documento no tiene fecha de vencimiento.