

Fremont Psychotherapy
Graciela M. Fix, MFT
License # MFC47357
39812 Mission Blvd., Suite 106
Fremont, CA 94539
510.585.3514 (Phone)
888.549.3566 (Fax)

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: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Me permite comunicarme con usted a travez de su correo electrónico: Si No

(La información transmitida por correo electrónico no es considerada información confidencial)

Nombre y teléfono de la persona a quien se le puede llamar en caso de emergencia:

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

Si tiene seguro médico, cual es el nombre: _____

Número de Identificación: _____

Grupo: _____

Información del Titular de 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 médico de cabecera? _____
2. Fecha de su último examen médico: _____
3. Si estuvo hospitalizado (a), cual fue la razón? _____
4. Si está tomando algún medicamento, 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	Culpa	Llanto frecuente	Comportamiento Auto-destructivo	Dificultar para relajarse
Ansiedad	Depresión	Baja autoestima	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 las Emociones	Hiperactividad

Cambios bruscos de estado de ánimo Preocupación con la Muerte o Suicidio

6. Alguna vez ha intentado 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 alguien mas? 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 a la 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 romántica? Si No

Si su respuesta es afirmativa, por cuanto tiempo? _____

Como describiría su relación romántica? _____

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

Historia Médica Familiar

El la siguiente sección indique si en su familia hay historia de alguna de las siguientes condiciones. Si su respuesta es afirmativa, por favor escriba en el espacio disponible, qué miembro de su familia (padre, madre, abuela, tía, etc.) ha tenido este problema:

- Alcoholismo y abuso de drogas _____
- Ansiedad _____
- Depresión _____
- Desorden Bipolar _____
- Violencia Doméstica _____
- Desórdenes Alimenticios _____
- Obesidad _____
- Comportamiento Obsesivo Compulsivo _____
- Esquizofrenia _____
- Suicidio _____
- Daño corporal (cortarse, quemarse, etc.) _____

1. Se considera una persona espiritual y/o religiosa? No Si

Si su respuesta es afirmativa, cual es su fé o religión?: _____

2. Cuales son sus puntos fuertes?

3. Hay algo sobre usted que quisiera mejorar?

4. Cuales son sus metas y que le gustaría lograr en terapia?
