



PATIENT'S QUESTIONNAIRE

Fecha

Miembro del personal

Terapeuta Asignado

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE LLAMA						
DERIVACIÓN PARA MENORES			DERIVACIÓN PARA ADULTOS			
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutor Legal	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutor Legal	
<input type="checkbox"/> Casa de Acogida	<input type="checkbox"/> Other (specify):		<input type="checkbox"/> Casa de Acogida	<input type="checkbox"/> Other (specify):		
Quien llamó:			Quien llamó:			
Teléfono:		Correo Electrónico:	Teléfono:		Correo Electrónico:	
Comentarios:			Comentarios:			
PATIENT'S PERSONAL INFORMATION						
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	Sexo - <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro			
Teléfono:		Celular:	Correo Electrónico:			
Direccion:						
SITUATION PRESENTE – Estas?						
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Tiene Hijos – cuantos?		
¿ALGUIEN LO REFIRIÓ A NUESTRA CLÍNICA?, SI ES ASÍ, ESPECIFIQUE						
Nombre de la Clínica:			Proveedor Específico:			
<input type="checkbox"/> Carta	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> United Way	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Pariente
<input type="checkbox"/> Postal	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Sistema Judicial	<input type="checkbox"/> EAP	<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Trabajo
<input type="checkbox"/> Abogado – ¿Nombre?			<input type="checkbox"/> Otros (especificar):			
¿POR QUÉ BUSCAR TERAPIA?						
<input type="checkbox"/> Carta	<input type="checkbox"/> Carta de Inmigración	<input type="checkbox"/> Situación de crianza	<input type="checkbox"/> Manejo de la ira	<input type="checkbox"/> Problema personal		
<input type="checkbox"/> DV	<input type="checkbox"/> Conducta desordenada	<input type="checkbox"/> Mandato de la Corte	<input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica			
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):						
¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE BUSCA UNA CITA?						
Explique:						
¿Ha sufrido anteriormente esta queja? – <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Fecha de inicio:		



Terapeuta (s) anterior (s) por queja – (si existe alguno):		Fecha del tratamiento:			
Tratamiento/diagnóstico previo de salud mental– (si existe alguno):					
SÍNTOMAS ACTUALES (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)					
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cambios en el sueño	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados		
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Problemas de apetito	<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Irritabilidad		
<input type="checkbox"/> Culpa	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Hechizos de llanto	<input type="checkbox"/> Actividad de riesgo		
<input type="checkbox"/> Impulsividad	<input type="checkbox"/> Evitación	<input type="checkbox"/> Energía excesiva	<input type="checkbox"/> Baja autoestima		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):					
¿HAY ALGÚN SERVICIO ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL QUE LE INTERESE?					
<input type="checkbox"/> Nada específico		<input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
QUE TIPO DE TERAPIA BUSCA					
<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Grupo	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
THERAPIST LANGUAGE PREFERENCE		<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Bilingual	
Anything else you want the doctor to know?					