Reach Your Goal Now with Dr. Cío Hernández

Rocio Hernandez, MFT•Hernandez Family Counseling DBA Reach Your Goal Now

Private Practice and Consultation Services, Doctorate in Health Care Leadership, CA Lic.# MFC38444, LPC419, HI MFT 537

[cio@reachyourgoalnow.com](mailto:cio@reachyourgoalnow.com) (510) 291-4603 (833) GOAL NOW

**FORMULARIO DE ADMISIÓN**

Por favor responda a las siguientes preguntas descritas abajo. Para su información: Todos los datos que usted nos proporcione en el formato son confidenciales. Si tiene alguna dificultad para contestar alguna pregunta, déjela en blanco y la podremos llenar juntos/as.

Por favor llene este formulario y entréguemelo cuando venga a su primera sesión.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primer, segundo nombres y apellidos. Y como le gustaría que le llame? | | |
| Nombre del padre/madre o guardián (si tiene menos de 18 años): | | |
| Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_ Género: □ Masculino □ Feminino □  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Estado civil:  □ Soltero/a □ Compañero/a de casa □ Divorciado/a □ Casado/a □ Separado □ Viudo/a | | |
| Por favor escribe el nombre y edad de todos sus niños/as | Nombres | Edades |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Dirección física: | | |
| Dirección de correo: | | |
| Teléfono de la casa: | Se puede dejar mensajes?  □Si □No | |
| Teléfono celular/Otro: | Se puede dejar mensajes?  □Si □No | |
| E-mail: | Podemos enviarle un email?  □Si □No | |
| Forma de comunicación preferida? | Casa\_\_\_\_\_\_\_ Celular\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_ Mensajes de texto \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| \*Nota: Correo electrónico, mensajes de texto e incluso video conferencia no son considerados medios de comunicación confidencial. | | |
| Contacto de emergencia | Nombre y número de teléfono: | |
| Como escuchó sobre nosotros? | | |
| ¿Ha recibido previamente algún tipo de servicio de salud mental, (terapia psicológica o psiquiátrica)? | □ Si □ No - si contestó Si, escriba el nombre de su terapista/médico anterior. | |
| Actualmente está tomando alguna medicina bajo prescripción médica? | □ Si □ No  Por favor escríba los nombres de las medicinas: | |
| Alguna vez le han prescrito medicina psiquiátrica? | □ Si □ No  Por favor escriba una lista y cuando: | |

**INFORMACIÓN DE SALUD GENERAL Y SALUD MENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Cómo calificaría su salud física? (por favor haga un círculo en su respuesta). | Pobre    Poco satisfactoria  Satisfactoria  Buena  Muy buena |
| Por favor haga una lista con sus problemas de salud actuales: | |
| 2. Como calificaría sus actuales hábitos para domir? (por favor haga un círculo en su respuesta) | Pobre    Poco satisfactoria  Satisfactoria  Buena  Muy buena |
| Por favor marque un problema específico de sueño que tenga actualmente: | Quedarse dormido  Se duerme pero se despierta con facilidad  Se despierta temprano y no puede regresar a domir   Duerme bastante, pero se siente cansado. |
| 3. Cuantas veces al día hace ejercicio?, y que tipo de ejercicio? | |
| 4. Por favor escriba las dificultades que tiene con su apetito o sus hábitos alimenticios. | |
| 5. Está usted experimentando una incontenible tristeza, pena, o depresión? | □ No □ Si,  Desde cuando? |
| 6. ¿Está usted experimentando ansiedad, ataques de pánico, o tiene alguna fobia? | □ No □ Si  Si contestó Si, Cuando empezó a experimentar esto? |
| 7. ¿Está experimentando algún dolor crónico? | □ No □ Si  si contestó Si, por favor descríba: |
| 8. ¿Consume licor, más de una vez. Al día \_\_\_\_\_\_\_\_\_semana \_\_\_\_\_\_\_\_mes \_\_\_\_\_\_\_\_  No consume licor \_\_\_\_\_\_\_? | |
| 9. ¿Qué tan frecuente ingiere drogas de uso recreacional? Cuáles (por favor encierre en un círculo su respuesta)? | Cafeína  Marihuana  Metanfetamina  Cocaína  Heroína  Inhalantes  Medicamentos recetados o de venta libre (cuáles?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Dairiamente □ Semanalmente □ Mensualmente □ Infrecuentemente □ Nunca |
| 10. Esta usted en una relación romántica? | □ No □ Si  Si contestó Si, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  En una escala del 1 al 10, Como calificaría su relación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11. Tiene problemas de visión?  □ No □ Si Epilépsia? □ No □ Si Problemas de seguimento visual □ No □ Si | |
| 12. ¿Qué cambios significativos o estresantes ha experimentado recientemente? | |

**EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA NIÑEZ:**

Antes de los 18 años:

1. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en casa, frecuente o muy frecuentemente… Le molestó, insultó, despreció o humilló? o Actuó en una forma que le hizo sentir miedo de ser físicamente agredido?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
2. ¿Alguno de sus padres u otros adultos en casa, frecuente o muy frecuentemente… Le empujó, agarró, golpeó, bofeteó, o le lanzó algo? o Alguna vez le golpeó tan fuerte que dejó marcas o heridas?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
3. ¿Algún adulto o persona al menos 5 años mayor que usted… le tocó o acarició o tocó su cuerpo en una manera sexual? o Intentó o tuvo una relación sexual, oral, anal, vaginal con usted?   
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
4. ¿Sintió frecuente o muy frecuentemente que… Nadie en su familia le ama o piensa que usted es importante o especial? O en su familia no se preocupaban el uno por el otro, no eran cercanos o no se apoyaban los unos a los otros?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
5. ¿Sintió frecuente o muy frecuentemente que… No tenía suficiente comida, tenía que vestir ropa sucia y no tenía nadie quién lo protegiera? o Sus padres estaban bajo la influencia del alcohol o drogas y no podían cuidarlo o llevarlo al doctor cuando usted necesitaba?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
6. ¿Sus padres se divorciaron o separaron alguna vez?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
7. ¿Su madre o madrastra fue:  
   Frecuente o muy frecuentemente empujada, abofeteada, o le lanzaban cosas? o a veces, frecuente o muy frecuentemente pateada, mordida, golpeada con el puño, o golpeada con un objeto duro? O siempre repetidamente golpeada por algunos minutos o amenazada/o con un arma o cuchillo?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
8. ¿Vivía usted con alguien que tenía problemas de alcohol o usaba drogas de la calle?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**
9. ¿Fue algún ocupante de la casa depresivo o tenía alguna enfermedad mental o alguien que intentó suicidarse?

No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**

1. ¿Algún ocupante de su casa fue a la prisión?  
   No\_\_\_ si, Si, escriba 1 **\_\_**

**INFORMACION ADICIONAL:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Tiene empleo actualmente? | □ No □ Si  Si contestó Si, ¿Cuál es su situación de empleo? |
| ¿Disfruta su trabajo? | □ No □ Si  ¿Qué es lo más estresante de su actual trabajo? |
| 2. ¿Se considera a usted mismo como espiritual o religioso? | □ No □ Si  ¿Asiste a alguna Iglesia?  □ No □ Si  Si contestó Si. Describa sus creencias religiosas: |
| 3. Cuáles considera usted que son sus fortalezas? | |