



**Erica Thomas, M.A., LMFT**  
**Licensed Marriage and Family Therapist #77166**

**Cuestionario de Admisión**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. Que te Trae a la terapia en este momento? Hay algo especifico, como un evento en particular? Por Favor sea lo mas detallado que pueda.
  
2. Cuales son tus metas para la terapia?
  
3. Has visto un profesional de la salud mental antes? Si es asi, cuando fue la ultima vez? Y a cuantas sesiones asistio?
  
4. Especifique todos los medicamentos y suplementos que este tomando, incluidas las y el motive del medicamento
  
5. Si esta tomando medicamentos recetados, quien es su medico que prescribe? Por favor incluya el tipo de doctor, nombre y numero de telefono.
  
6. Quien es su medico primario? Por favor incluya el tipo de doctor, nombre y numero de telefono.
  
7. Bebe alcohol?
  
8. Usa alguna droga recreativa? O fuma cigarros?

9. Tiene o alguna vez ha tenido pensamientos suicidas? Si ha tenido, cuando fue la ultima vez?

10. Alguna vez tienes pensamientos o deseos de danar a otros? Si ha tenido, cuando fue la ultima vez?

11. Alguna vez ha sido hospitalizado por un problema psiquiatrico? Cuando, y por que tipo de problema?

12. Tiene familiars con enfermedades mentales o problemas emocionales? En caso afirmativo, indique la relacion con usted y el tipo de problema.

13. Si esta en una relacion, describa el tipo de relacion y los meses o anos juntos?

14. Vives solo, con otra gente, o con familia?

15. Cual es tu nivel de educacion? Mayor grado y tipo de titulo?

16. Cual es su ocupacion? Que haces? Cuanto tiempo tiene de trabajar en eso?

17. Por favor circule cualquier de los siguientes que ha experimentado en los ultimos 6 meses.

- a. Apetito Incrementado
- b. Disminucion del apetito
- c. Problemas para concentrarse
- d. Dificultad para dormir
- e. Sueno excesivo

- f. Pesadillas
- g. Motivacion baja
- h. Aislamiento de otros
- i. Fatiga/baja energia
- j. Baja autoestima
- k. Estado de animo deprimido
- l. llorando
- m. Ansiedad
- n. Temor
- o. Desesperacion
- p. Panico
- q. Otro \_\_\_\_\_

18. Marque con un circulo cualquier de los siguientes opciones que correspondan e incluya la fecha de ocurrencia o el diagnostico.

- |     |  |             |
|-----|--|-------------|
| a.  | Dolores de cabeza                      | Fecha _____ |
| b.  | Presion Alta                           | Fecha _____ |
| c.  | Gastritis o esofagitis                 | Fecha _____ |
| d.  | Problemas reacionados co la hormona    | Fecha _____ |
| e.  | Golpe en la cabeza                     | Fecha _____ |
| f.  | Angina o dolor en el pecho             | Fecha _____ |
| g.  | Intestino irritable                    | Fecha _____ |
| h.  | Dolor Cronico                          | Fecha _____ |
| i.  | Perdida de conciencia                  | Fecha _____ |
| j.  | Ataque cardiac                         | Fecha _____ |
| k.  | Problemas con los huesos o articulares | Fecha _____ |
| l.  | Convulsiones                           | Fecha _____ |
| m.  | Problemas con el rinon                 | Fecha _____ |
| n.  | Fatiga cronica                         | Fecha _____ |
| o.  | Desmayo                                | Fecha _____ |
| p.  | Mareo                                  | Fecha _____ |
| q.  | Problemas con la valvula cardiaca      | Fecha _____ |
| r.  | Problemas del tracto urinario          | Fecha _____ |
| s.  | Fibromialgia                           | Fecha _____ |
| t.  | Entumecimiento y hormigueo             | Fecha _____ |
| u.  | Falta de aliento                       | Fecha _____ |
| v.  | Diabetes                               | Fecha _____ |
| w.  | Hepatitis                              | Fecha _____ |
| x.  | Asma                                   | Fecha _____ |
| y.  | Artritis                               | Fecha _____ |
| z.  | Problemas con el tiroides              | Fecha _____ |
| aa. | Cancer                                 | Fecha _____ |
| bb. | Otro _____                             | _____       |

19. Que mas quiere que sepa?