Información de Antecedentes de Adultos

Centro SMU para la Orientación Familiar

6116 N. Central Expressway, Suite 410, Dallas, TX 75206
214-768-6789
www.smu.edu/familycounseling

Bienvenidos al Centro para la Orientación Familiar en SMU. Conteste toda la información de forma tan completa como sea posible. La información proporcionada es estrictamente confidencial y servirá para suministrar el mejor servicio posible. Siéntase libre de pedir ayuda, de ser necesario. Su consejero de ingreso hablará de sus respuestas con usted después de que haya revisado el formulario.

Nombre: _____ *Fecha de la primera visita:* _____
Apellido Primer Nombre Inicial
Identificación de sexo: Masculino__ Femenino__ Otro: _____
*Fecha de nacimiento*_____ *Edad*_____

Ocupación: _____ Tiempo en este trabajo:_____

Pertenencia étnica:
Americano africano___ Bi-racial___ Hispano/Latino___
Asiático___ Caucásico___ Nativo Americano___Otros _____

Idioma primario: ___ Inglés ___ Español Otro ___

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Celular: _____ (***¿Se puede llamar??*** Sí No ***¿Se puede dejar un mensaje?*** Sí No)
Teléfono de la casa: _____ (***¿Se puede llamar??*** Sí No ***¿Se puede dejar un mensaje?*** Sí No)
Teléfono del trabajo: _____ (***¿Se puede llamar??*** Sí No ***¿Se puede dejar un mensaje?*** Sí No)
Mejor hora y sitio para llamar:_____
Dirección postal:_____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nos podemos comunicar con usted mediante correo en la dirección especificada arriba: Sí No

*En caso de emergencia, autorizo al Centro para la Orientación Familiar para comunicarse con:*_____
Nombre: Apellido, Primero Relación

Persona responsable de los arreglos financieros con nuestra clínica: _____
Nombre: Apellido, Primero
¿Quién lo remitió a nuestro centro? (Sea específico): _____

Podemos comunicarnos con esta fuente de remisión para agradecerles la remisión: Sí No

SMU | Annette Caldwell Simmons School of Education & Human Development

PREOCUPACIONES ACTUALES

Razones generales para solicitar servicios de orientación en este momento:

_____

_____

* Señale todos los ítems que considera como luchas en curso en su vida, sobre los que le gustaría trabajar en la orientación

Asuntos relacionados con el abuso
Abuso físico actual o pasado
Abuso sexual actual o pasado
Abuso emocional actual o pasado
Abandono actual o pasado
Historia de abandono/rechazo
Sospecha de abuso sexual
Historia de violencia doméstica familiar

Asuntos académicos o de carrera
Problemas con colegas o de cohorte
Asuntos de acoso
Asuntos generales de desempeño en el trabajo
Calificaciones defectuosas
Estrés crónico
Insatisfacción con la carrera
Problemas generales en el trabajo o la escuela

Preocupaciones relacionadas con el estado de ánimo
Recuerdos inquietantes
Dificultad para dormir/para permanecer dormido
Pesadillas/Terrores nocturnos
Pensamientos suicidas o hablar sobre el suicidio
Intentos de suicidio
Tristeza/Depresión
Sentimientos de culpa y vergüenza
Preocupaciones o temores excesivos

Preocupaciones de relación familiar
Dificultad para adaptarse a los cambios familiares
Preocupaciones de crianza de los hijos o de disciplina
Problemas de relación entre hijos y padres
Divorcio
Separación
Preocupaciones religiosas o espirituales
Separación
Peleas constantes

Asuntos behaviorísticos o de la conducta
Agresión hacia otros
Uso de drogas o alcohol
Hiperactividad/Impulsividad
Uso excesivo de computadoras
Mentiras
Traición a las relaciones
Involucrarse en conductas de alto riesgo
Iniciar incendios
Otras conductas inusuales (especifique) _____

Otros asuntos behaviorísticos
Cuestionamiento de la identidad sexual
Asuntos sexuales en general
Preocupaciones de apetito/comida
Problemas de sueño
Preocupaciones de manejo del tiempo
Falta de atención
Soledad
Aburrido con la vida

****Señale el asunto más significativo***

*Analice brevemente las conductas anteriores sobre las que tiene inquietudes**:***

_____

¿Cuándo se preocupó por primera vez por el asunto principal o más significativo?_____

_____

¿Por qué, en este momento, ha decidido solicitar orientación para la preocupación indicada arriba? ____

_____

_____

Otro tratamiento que ha recibido para tratar cualquiera de las preocupaciones indicadas arriba: Ninguno___

Orientación de parejas___ Orientación en grupo___ Orientación individual___
Orientación familiar___ Hospitalización___ Otros _____

¿Actualmente está recibiendo orientación en otra parte? Sí No ***(*Si la respuesta es afirmativa, solicitamos la confirmación escrita del consentimiento del consejero para el tratamiento en el centro*)***

¿Tiene familiares recibiendo servicios en esta clínica? Sí No (Nombre/Fechas en que se prestaron los servicios) _____
_____

¿Está solicitando servicios porque fue víctima de un delito? Sí No

¿Esto tuvo como resultado demandas judiciales? Sí No *¿Actualmente está en probación?* Sí No

¿Alguna vez ha consultado a un profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo, o un consejero)? Sí No
(Si la respuesta es afirmativa, necesitaremos su permiso a fin de comunicarnos con esa persona o agencia. Nos reservamos el derecho de aplazar los servicios hasta que contactemos a los proveedores de tratamientos previos.)

Profesional/Agencia de Salud Mental Anterior_____
___
Nombre Dirección
Teléfono_____ Fechas de los servicio_____(inicio - finalización)

Alguna vez ha sido hospitalizado por preocupaciones de salud mental: Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Estado civil (indique todos los que se aplican y la duración de cada uno, por ej. 1965-1985): Nunca se ha casado_____
Casado(a) 1_____ Separado(a) 1_____ Divorciado(a) 1_____ Viudo(a) 1_____
Casado(a) 2_____ Separado(a) 2_____ Divorciado(a) 2_____ Viudo(a) 2_____
Casado(a) 3_____ Separado(a) 3_____ Divorciado(a) 3_____ Viudo(a) 3_____

Si es divorciado(a), señale el número que describe mejor su relación con su ex cónyuge.

Hostil Frustrante Amistosa
1_____2_____3_____4_____5

Actualmente está enfrascado en una disputa de custodia: Sí No (Si la respuesta es afirmativa, explique)
_____
_____

Arreglos de vida actuales:

Familia de origen___ Parientes___ Soltero ___
Casado(a)___ Pareja__ Compañeros de habitación___
Padre soltero con hijos__ Pareja con hijos__ Casado(a) con hijos___
Otra pareja___ Otra pareja con hijos Otro_____

Familia actual

Si es casado(a) con hijos, haga una lista de su familia, empezando con el miembro más viejo e inclúyase.

Nombre	Edad	Sexo	Relación con usted (incluya hermanastro(a), etc.)

Hogar primario de la familia de origen (Familia con la cual residió la mayor parte de su vida)
Indique los integrantes de la familia, por hogar, empezando por el integrante más viejo (incluya sus padres y a usted mismo):

Nombre	Edad	Sexo	Relación con usted (incluya hermanastro(a), etc.)

_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____

Hogar secundario de la familia de origen (de ser aplicable)

Nombre Edad Sexo Relación con usted (incluya hermanastro(a), etc.)

_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____
_____ _____ _____ _____

Estado civil de la madre (indique todos los que se aplican y la duración de cada uno., Por ej. 1965-1985): Nunca se casó___
Casada_____ Vuelva a casar_____ Divorciada_____
Separada_____ Viuda_____ Desconocido_____
Número de matrimonios_____

Estado civil del padre (indique todos los que se aplican y la duración de cada uno., Por ej. 1965-1985): Nunca se casó____
Casado_____ Vuelto a casar_____ Divorciado_____
Separado_____ Viudo_____ Desconocido_____
Número de matrimonios_____

SALUD

*Médico de cuidado primario:*_____
Nombre

_____
Dirección Teléfono

Psiquiatra: _____
Nombre

_____
Dirección Teléfono

Fecha del ÚLTIMO examen físico completo: _____
Discapacidad física: Sí No (Si la respuesta es afirmativa, explique)_____
Enfermedad crónica: Sí No (Si la respuesta es afirmativa, explique)_____
___
Enfermedad terminal: Sí No (Si la respuesta es afirmativa, explique)_____
___

Señale los siguientes ítems respecto a un diagnóstico o medicamento que está recibiendo o ha recibido:

Diagnóstico	**Actual**	**Pasado**	**Fecha del diagnóstico**	**Nombre del medicamento**	**Dosis**
Depresión	_____	_____	_____	_____	_____
TDAH	_____	_____	_____	_____	_____
TDA	_____	_____	_____	_____	_____
Discapacidad de aprendizaje	_____	_____	_____	_____	_____
Ansiedad/ Nerviosismo	_____	_____	_____	_____	_____
Ataque de pánico	_____	_____	_____	_____	_____
Maniaco-Depresivo (Bipolar)	_____	_____	_____	_____	_____
Esquizofrenia	_____	_____	_____	_____	_____
Estado de ánimo/Rabia	_____	_____	_____	_____	_____

Tics	_____	_____	_____	_____	_____
Insomnio/ Falta de sueño	_____	_____	_____	_____	_____
Obsesivo/ Compulsivo	_____	_____	_____	_____	_____
Adiciones	_____	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____	_____

(Si no sabe el nombre y la dosis del medicamento actual, lleve el medicamento a la siguiente sesión)

¿Si ha sido diagnosticado, quién hizo el diagnóstico?
Consejero/Psicólogo___ Médico de la familia___ Psiquiatra___ Escuela___ Otro_____
Nombre: _____ No. telefónico: _____

Indique otros medicamentos que está tomando actualmente:
Med._____ Dosis_____
Med._____ Dosis_____
Med._____ Dosis_____

Problemas de salud o físicos (señale todos los que aplican):
Asma___ Discapacidad___ Estómago nervioso ___
Mojarse en la cama___ Mareo ___ Problemas/examen neurológico ___

Hueso/articulación/músculo ___ Dolor de cabeza (clase) ___ PMS ___
Dolor de pecho ___ Palpitaciones cardiacas___ Comer mucho/Comer muy poco __

Enfermedad crónica___ Hospitalización___ Falta de aliento sin esfuerzo ___
Demoras de desarrollo___ Accidente grave___ Problema de sueño___
Diarrea ___ Enfermedad grave___ Cirugías___ Otro _____

HISTORIA/EXPERIENCIAS FAMILIARES

(**Para cada uno de los ítems siguientes que se aplican, escriba la <u>edad aproximada</u> que usted tenía al momento de ocurrir):**
Criado por:
Padres Adoptivos___ Institución___ Parientes___
Padrastros___ Padres naturales___ Padre natural soltero___
Abuelos___ Padre natural y padrastro___ Otro_____

Factores de estrés en la familia:
Enfermedad crónica de un familiar___ Muerte de una persona significativa ___ Violencia doméstica ____
Familiar ausente (explique) _____
Discapacidad/accidente grave/enfermedad grave de un familiar ___
Problemas emocionales de un familiar (explique) _____
Suicidio de un familiar (explique) _____

Problemas económicos___ Cambio de domicilio frecuente___ Padres que discuten con frecuencia___
Padres divorciados___
Otro _____
Historia de problemas de aprendizaje, emocionales, de la conducta: Sí No
(Si la respuesta es afirmativa, explique) _____

Historia de abuso de alcohol/drogas/sustancias: Sí No
(Si la respuesta es afirmativa, explique) _____

Historia de violencia familiar: Sí No

(Si la respuesta es afirmativa, explique) _____

Historia de actividad criminal: Sí No
(Si la respuesta es afirmativa, explique) _____

Historia de órdenes protectoras: Sí No
(Si la respuesta es afirmativa, explique)_____

Abusado (señale todas las que se aplican): Físicamente ___ Emocionalmente___ Sexualmente___
Abandonado (señale todas las que se aplican): Físicamente ___ Emocionalmente___

Síntomas disociativos (señale todos los que se aplican):
Amnesia durante grandes partes de la niñez después de los 5 años de edad___
Cosas suyas que faltan___
Recuerdos que retroceden en el tiempo repentinamente___
Episodios similares a los trances/ Pérdida de la noción del tiempo___
Aparecen cosas, pero usted no conoce el origen___ Caminar dormido___

Trauma/Factor de estrés (señale todos los que se aplican):
Hijo separado de su padre (durante cuánto tiempo y cuándo)_____
Muerte de un animal doméstico___ Fallecimiento de una persona significativa ___
Familiar encarcelado___
Médico___ Desastre natural ___ Asalto sexual ___
Víctima de trauma (experiencia inusual y aterradora)___ Otra _____

Problemas interpersonales (señale todos los que se aplican):
Conducta agresiva (explique) _____
Intimidado___ Aprovecharse de___
Discusiones frecuentes___ Arrebatos de mal genio__
Solitario___ Otro_____

Específico de la edad adulta (señale todos los que se aplican):
Aborto___
Cambios durante los últimos 12 meses (casarse, ser padre/madre, cambio de domicilio, cambio de empleo, etc.)___
Problemas de crianza de los hijos y de disciplina ___ Colocar a un hijo en adopción___

Sexual problem (explain) _____

Ambiente de la familia de origen (señale él número que mejor describe la forma en que usted veía a su familia mientras crecía):

Muy indulgente	1	2	3	4	5	Muy estricta
Muy no religiosa	1	2	3	4	5	Muy religiosa
Caótica	1	2	3	4	5	Altamente estructurada
Pocas expectativas	1	2	3	4	5	Altas expectativas
Inconsistente	1	2	3	4	5	Consistente

Sistema de apoyo de la familia de origen (tal como iglesia, amigos, parientes, escuela)

Escasamente algún apoyo	1	2	3	4	5	Apoyo considerable

Ambiente familiar (señale él número que mejor describe la forma en que usted ve a su familia actual, de ser aplicable):

Muy indulgente	1	2	3	4	5	Muy estricta
Muy no religiosa	1	2	3	4	5	Muy religiosa
Caótica	1	2	3	4	5	Altamente estructurada
Pocas expectativas	1	2	3	4	5	Altas expectativas
Inconsistente	1	2	3	4	5	Consistente

Sistema de apoyo familiar (tal como iglesia, amigos, parientes, escuela)

Escasamente algún apoyo 1 2 3 4 5 Apoyo considerable

Su uso actual de la computadora y la televisión (señale el número de horas que mejor describe el uso):

Computadora (señale las horas aproximadas gastadas cada semana)

0-2 3-5 6-8 9-11 12+

¿Qué es lo que más disfruta haciendo en la computadora?:

_____

TV (señale las horas aproximadas gastadas cada semana)

0-2 3-5 6-8 9-11 12+

¿Qué ve en la televisión?:_____

Estoy de acuerdo en que la información anterior es exacta según mi leal saber y entender. También entiendo que si tengo alguna duda en cuanto a las mencionadas preguntas, puedo preguntarle a mi consejero de detección/ingreso en cualquier momento. También entiendo que al completar este ingreso no se garantiza que los servicios de orientación sean suministrados en este Centro.

Cliente/Guardián Fecha