

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

La información que usted comparte en este cuestionario es estrictamente confidencial. Por favor complete la mayor cantidad de información que le sea posible. Esto nos ayudará a identificar sus preocupaciones y sus metas para la terapia.

Nombre: _____

Fecha: _____

Problemas Corrientes

Marque lo que describe o se relaciona con lo que usted siente ahora:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Infertilidad/pérdida de embarazo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> No tiene fé en sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Pánico | <input type="checkbox"/> Pérdida de fé |
| <input type="checkbox"/> Miedo | <input type="checkbox"/> No ve el sentido a la vida |
| <input type="checkbox"/> Duda de sí mismo | <input type="checkbox"/> Falta de respeto a sí mismo |
| <input type="checkbox"/> Ira intensa | <input type="checkbox"/> Dirección vocacional |
| <input type="checkbox"/> Inseguridad | <input type="checkbox"/> Abuso (físico, sexual, Emocional) |
| <input type="checkbox"/> Dolor | pasado o presente |
| <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Infidelidad propia |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos Inusuales | <input type="checkbox"/> Infidelidad de su cónyugue |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | <input type="checkbox"/> Problemas de pareja |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración | <input type="checkbox"/> Relación con sus padres |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos sin control | <input type="checkbox"/> Relación con sus hijos |
| <input type="checkbox"/> Falta de sueño | <input type="checkbox"/> Relación con sus parientes |
| <input type="checkbox"/> Sueños malos | <input type="checkbox"/> Relación con la autoridad |
| <input type="checkbox"/> Poca/mucha energía | <input type="checkbox"/> Pérdida de fé en los demás |
| <input type="checkbox"/> Poco/mucho apetito | <input type="checkbox"/> Pérdida de amor |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol (propio) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de un pariente |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol (otro) | <input type="checkbox"/> Dudas y temores religiosos |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Ira con Dios |
| <input type="checkbox"/> Impotencia/frigidez | <input type="checkbox"/> Falta de fé en Dios |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad propia | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Por favor deje este espacio en blanco

Estos problemas han existido por (tiempo): _____

Desde que estos problemas empezaron, ¿han estado igual? _____

¿han mejorado? _____ ¿han empeorado? _____

¿Cuáles piensa que son las causas de sus problemas? _____

¿En qué problemas específicos quisiera trabajar en terapia? _____

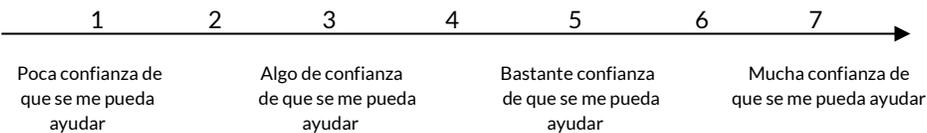
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Estos problemas mejorarían si: _____

¿Qué ha hecho hasta este momento para lidiar con estos problemas? _____

¿Qué le motiva a manejar estos problemas en consejería en este momento? _____

En la siguiente escala, valore cuanto usted cree que la terapia puede ayudarlo con estos problemas



Historia Personal de Desarrollo

¿Cuándo nació? _____ ¿Hubo complicaciones? Por favor explique: _____

¿Usted ha sido adoptado? _____ Si es así, ¿Cuándo fue adoptado y qué edad tenía? _____

Si usted fue adoptado, o estuvo bajo la tutela de otro adulto, ¿qué es lo que usted sabe de sus propios padres? _____

¿Cuál es el primer recuerdo de su vida? _____

Marque las experiencias que han sido parte de su infancia:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama | <input type="checkbox"/> Tartamudear | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ensuciar con feces | <input type="checkbox"/> Soñar despierto | <input type="checkbox"/> Sonambulismo |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Timidez | <input type="checkbox"/> Comerse las uñas |
| <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos | <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Peleas excesivas |
| <input type="checkbox"/> Pataletas | <input type="checkbox"/> Hablar lento | <input type="checkbox"/> Lento desarrollo físico |
| <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Miedo a otros niños | <input type="checkbox"/> Vomitar seguido |
| <input type="checkbox"/> Ataques de llanto | <input type="checkbox"/> Amigos imaginarios | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales |
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo | <input type="checkbox"/> Aprender a como ir al baño sin problemas | |

Por favor deje este espacio en blanco

__Otro:_____

Por favor explique las experiencias que haya marcado. En particular, ¿qué impacto han tenido estas experiencias en usted?_____

¿Qué otros factores, eventos o experiencias significativas en su desarrollo serían de importancia para que su consejero esté al tanto? ¿Qué impacto han tenido estas experiencias en usted?_____

Historia de Salud

¿Cuánto mide?_____ ¿Cuánto pesa?_____
¿Ha tenido cambios de peso reciente? __Sí__ No Si es así, ¿por qué razón?

¿Cuándo fue su último examen médico? _____ ¿Qué resultados tuvo?_____

Por favor complete la siguiente lista de problemas de salud marcando con la "R" si le ocurre regularmente, la "O" ocasionalmente, la "V" a veces, y la "N" nunca.

- | | | | |
|------|---------------------|------|-----------------------|
| ROVN | Nerviosismo | ROVN | Rechinar los dientes |
| ROVN | Dolores en el pecho | ROVN | Dolores de cabeza |
| ROVN | Mandíbula tensa | ROVN | Problemas de la piel |
| ROVN | Agotamiento | ROVN | Dolores crónicos |
| ROVN | Resfrios/gripe | ROVN | Tos persistente |
| ROVN | Alergias/sinusitis | ROVN | Dificultades sexuales |
| ROVN | Tensión muscular | ROVN | Indigestión |
| ROVN | Problemas de peso | ROVN | Problemas sexuales |
| ROVN | Náusea | ROVN | Diarrea |
| ROVN | Pérdida de apetito | ROVN | Apetito exagerado |
| ROVN | Latidos rápidos | ROVN | Falta de aliento |
| ROVN | Manos/pies fríos | ROVN | Alta presión |
| ROVN | Estreñimiento | ROVN | Otro:_____ |
| ROVN | Migrañas | ROVN | Otro:_____ |

Haga una lista de toda enfermedad, mal, o accidente, traumático o inusual, que usted haya experimentado, ya sea como niño, joven, o adulto (por favor incluya la fecha en que esto haya ocurrido):

¿Existen enfermedades hereditarias en su familia? Si es así, por favor describa:

Por favor deje este espacio en blanco

¿Ha recibido usted, o algún miembro de su familia, psicoterapia? ¿Ha sido hospitalizado o recibido tratamiento psiquiátrico? Si es así, por favor describa:

¿Tiene algún impedimento físico, cicatriz, o desfiguramiento que le preocupe? Si es así, por favor explique:_____

Haga una lista de todos los medicamentos que toma y por qué razones:_____

Por favor complete esta lista incluyendo la información que corresponda, y haciendo un círculo sobre el número que represente la frecuencia adecuada. Por favor complete cada renglón. **1 = A diario 2 = Semanalmente 3 = Mensualmente 4 = Ocasionalmente 5 = Raramente 6 = Nunca**

Tabaco	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Cafeína	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Alcohol	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Pastillas para perder peso	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Pastillas para dormir	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Narcóticos	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Marihuana	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Cocaína/Coca	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Halucinógenos	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Otro:_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____
Otro:_____	_____	_____	1	2	3	4	5	6	_____

Interfiere el uso de estas sustancias en su vida del hogar, su vida social, trabajo, o escuela? Sí_____ No_____ Si es así, por favor explique:_____

¿Tiene usted "efectos" derivados del uso de estas sustancias? ____ Sí ____ No Si es así, por favor explique:_____

Sexualidad

¿Cuándo, cómo, y de quién aprendió usted sobre la sexualidad humana?_____

¿Con quién podía usted hablar sobre la sexualidad humana?_____

Por favor deje este espacio en blanco

¿Cuáles fueron las creencias sobre la sexualidad humana que usted tuvo, y quién se las comunicó? _____

¿Ha tenido usted experiencias sexuales que hayan sido inusuales, desagradables, o que le hayan dado miedo? Si es así, por favor explique: _____

¿Ha sido satisfactoria su experiencia sexual? Si no es así, ¿cuáles han sido las razones para que esto no ocurra? _____

Sólo Para Mujeres

¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____

¿Estaba preparada? _____ ¿Cómo le afectó? _____

¿Ha tenido irregularidades o dolor menstrual? _____

¿Afectan su humor sus períodos? ____ Sí ____ No Si es así, ¿de qué forma?

Si ha estado embarazada, ¿ha tenido complicaciones? Si es así ¿qué complicaciones ha tenido, y cómo le han afectado estas complicaciones?

Si su madre ha experimentado un cambio en su vida, ¿cómo le afectó a ella?
¿Cómo le afectó a usted? _____

Por favor deje este espacio en blanco

INFORMACION FAMILIAR

(Incluya a sus familiares vivos o fallecidos, si han fallecido dé la fecha aproximada de la muerte) (Incluya a todos los miembros de su hogar aunque no sean familia)

	Nombre	Edad	Sexo Sexo	Vivo / Muerto	Estado Civil	Ocupación	Reside	Lo siente Cercano/Distante Marque 1(C) a 7(D)
Cónyuge								1 2 3 4 5 6 7
Hijos								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
Padre								1 2 3 4 5 6 7
Madre								1 2 3 4 5 6 7
Hermanos y/o Hermanas								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
Otros Familiares								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7
								1 2 3 4 5 6 7

Por favor deje este espacio en blanco

Relaciones

Por favor no se olvide de completar la información familiar.

Brevemente describa a su madre: _____

Brevemente describa a su padre: _____

Circule por favor la mayor opción.

Nuestro hogar fue: Muy feliz Feliz Infeliz Muy infeliz

En comparación con
 sus hermanos/as,
 lo disciplinaron: Mucho más Más Igual Menos

Sus papás fueron: Muy estrictos Estrictos No estrictos Indulgentes Inconsistentes

Su madre fue: Excelente Buena Mediocre Muy mediocre

Su padre fue: Excelente Bueno Mediocre Muy mediocre

¿De qué forma y cuán seguido se le castigaba?: _____

¿Cómo se le enseñó a manejar sus emociones en su familia? _____

¿Cómo se le enseñó a manejar los conflictos en su familia? _____

¿Qué es lo que más valora su familia? _____

¿Estaban sus padres divorciados o separados? ____ Sí ____ No

Si es así, cuando esto ocurrió, ¿qué edad tenía usted y cuáles fueron las circunstancias?
¿Cómo le afectó? _____

¿Con quién vivió después del divorcio? _____

Alguno de sus padres se volvió a casar?

Si es así, ¿qué edad tenía usted? _____

¿Cómo se llevaba con su padrastro/madrastra? _____

Si usted está casado/a, o en una relación seria, ¿cuándo se casó/empezaron a vivir juntos? _____

¿Cuánto hacía que se conocían cuando se casaron/empezaron a vivir juntos? _____

¿Cómo se conocieron? ¿Qué le atrajo de la otra persona? _____

¿Cómo decidieron casarse/estar juntos? _____

Si tienen hijos, ¿qué les decidió a tener un embarazo y cómo fue?

Si tienen hijos, ¿cómo ha sido la experiencia de ser padre/madre (soltero o juntos)?

Por favor deje este espacio en blanco

Si usted ha estado casado/a previamente, o en una relación duradera, ¿cuándo fue esto, cuánto duró, y por qué terminó? _____

(asegúrese de haber agregado esto en la historia familiar, en la página 9, e incluya a sus ex-parejas si es pertinente, y si ha tenido hijos en estas relaciones)

¿Qué otras relaciones importantes (familiares, amigos, maestros, etc.) ha tenido en su vida y qué influencia han tenido estas personas en usted? _____

¿Ha perdido a alguien cercano a usted debido a muerte? Si es así, ¿a quién ha perdido, qué edad tenía, cómo murió esta persona, y cómo reaccionó usted? _____

Cuando usted considera esta información que ha brindado, ¿qué ha aprendido de las relaciones que ha tenido en su vida? _____

En su opinión, ¿qué piensa la gente de usted en esta etapa de su vida? _____

¿Le gustaría cambiar sus relaciones corrientes? _____

(Use el espacio siguiente para cualquier información adicional que sea relevante a las preguntas hechas, o para cualquier información adicional sobre su historia que a usted le parece que pueda ser útil para su consejero/a) _____

Historia Educativa

A qué edad empezó la escuela? _____

¿Hasta qué grado llegó? _____

¿Qué edad tenía cuando terminó? _____

¿Tuvo educación especial? _____ Sí _____ No

Por favor deje este espacio en blanco

Tomó clases para recuperarse en: Lectura Matemática
 Terapia del lenguaje Coordinación
 Escritura Problemas del comportamiento

Por favor explique: _____

¿Tuvo otras dificultades o problemas en la escuela? Sí No
 Si es así, por favor explique _____

En general, ¿qué le parecía la escuela? _____

Historia Ocupacional

Por favor liste su historia de empleos, comenzando por el presente:

Empleador	Tipo de trabajo	Años	Dejó por qué
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos 10 años? _____

¿Lo han despedido? Sí No Si es así, ¿por qué? _____

En qué trabajo ha durado más tiempo, y cuánto tiempo fue? _____

¿Ha cambiado su situación laboral en los últimos 5 años? Sí No
 Si es así, ¿cómo? _____

En los últimos 5 años, ¿su ingreso subió, bajó, o se ha mantenido igual?

¿Está satisfecho/a con su trabajo? Sí No Por favor explique: _____

Información Legal

Por favor marque cualquier problema legal pasado o presente:

Violaciones de tráfico Financieros Familia Violencia
 Inmigración Otros _____

Por favor explique: _____

Por favor deje este espacio en blanco

¿Ha sido arrestado o puesto en prisión? ___ Sí ___ No
Si es así, por favor explique: _____

¿Está involucrado en alguna acción legal? ___ Sí ___ No
Si es así, por favor explique: _____

Espiritualidad, Fé, y Religión

Cómo expresa la espiritualidad en su vida? _____

¿Hay alguna expresión de fé en particular a la que usted esté comprometido/a o le interese?
(Por ejemplo: Cristianismo, Islamismo, Judaismo, Budismo, Hinduismo.) _____

¿Pertenece a alguna institución religiosa (iglesia, templo, etc.)?

¿Con qué asiduidad participa en estas instituciones? _____

¿Qué afiliación religiosa tenían sus padres? _____

¿Qué papel jugó la espiritualidad/fé religion en su formación? _____

¿Qué afiliación religiosa tiene su cónyuge? _____

¿Tiene preocupaciones específicas que usted quiere hablar en consejería acerca de su espiritualidad/fé/ religión? ___ Sí ___ No
Si es así, por favor explique: _____

Pensamientos para cerrar

¿Hay alguna información adicional que usted quisiera compartir para que su consejero/a pueda entenderle mejor como persona? _____

Por favor deje este espacio en blanco

