

## CUESTIONARIO INDIVIDUAL

### 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                            | <input type="checkbox"/> -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 _____                        |

Estos problemas han existido por (tiempo): \_\_\_\_\_

Desde que estos problemas empezaron, ¿han estado igual? \_\_\_\_\_

¿han mejorado? \_\_\_\_\_ ¿han empeorado? \_\_\_\_\_

Por favor deje este espacio en blanco

¿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

1	2	3	4	5	6	7
Poca confianza de que se me pueda ayudar	Algo de confianza de que se me pueda ayudar	Bastante confianza de que se me pueda ayudar	Mucha confianza de que se me pueda ayudar			

### 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:

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

Por favor deje este espacio en blanco

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: \_\_\_\_\_

---

---

Por favor deje este espacio en blanco

**Sexualidad**

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

\_\_\_\_\_

¿Con quién podía usted hablar sobre la sexualidad humana? \_\_\_\_\_

¿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 una menopausia, ¿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)

Por favor deje este espacio en blanco

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

**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 6, 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 deje este espacio en blanco

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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿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 religión 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias.

Por favor deje este espacio en  
blanco