

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

La información que usted comparte en este cuestionario es estrictamente confidencial.
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)
pasado o presente |
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Infidelidad propia |
| <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Infidelidad de su cónyugue |
| <input type="checkbox"/> Sentimientos Inusuales | <input type="checkbox"/> Problemas de pareja |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas | <input type="checkbox"/> Relación con sus padres |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración | <input type="checkbox"/> Relación con sus hijos |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos sin control | <input type="checkbox"/> Relación con sus parientes |
| <input type="checkbox"/> Falta de sueño | <input type="checkbox"/> Relación con la autoridad |
| <input type="checkbox"/> Sueños malos | <input type="checkbox"/> Pérdida de fé en los demás |
| <input type="checkbox"/> Poca/mucha energía | <input type="checkbox"/> Pérdida de amor |
| <input type="checkbox"/> Poco/mucho apetito | <input type="checkbox"/> Enfermedad de un pariente |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol (propio) | <input type="checkbox"/> Dudas y temores religiosos |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas o alcohol (otro) | <input type="checkbox"/> Ira con Dios |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Falta de fé en Dios |
| <input type="checkbox"/> Impotencia/frigidez | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad propia | <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? _____

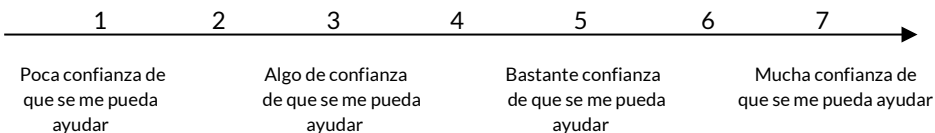
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

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



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 | | |

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

