

Bridge to Wellness Centers LLC
1934 Old Gallows Road, Ste 360, Vienna, VA 22182
T: (703) 752-6200 F: (703) 752-6201

CUESTONARIO PARA TERAPIA DE PAREJAS

I. INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono en casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Las llamadas serán discretas, pero por favor indíquenos cualquier restricción: _____

En caso que debamos llamarle, ¿podemos dejarle mensajes? Si [] No []

Persona(s) a contactar en caso de emergencia: _____

Nombre

Teléfono

Sólo contactaremos a esta persona si creemos que es una emergencia de vida o muerte. Por favor, indique que podemos hacerlo:

Si [] No []

¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? _____ ¿Cuánto tiempo en el estado de Georgia? _____

¿Ha vivido en otros estados? Si [] No [] ¿Cuales? _____

Referido por: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

¿Qué le motivó a buscar ayuda? ¿Por qué fue referido? Por favor, describa brevemente su (s) preocupación (es).

¿Qué estrategias intento hacer en el pasado para solucionar sus preocupaciones? ¿Cuáles funcionaron? ¿Cuáles no funcionaron?

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

¿Cuánto tiempo espera estar en terapia para lograr estos objetivos?

III. HISTORIA FAMILIAR

Estado Civil: Separado(a) Soltero(a) En pareja En una relación Divorciado Casado/a Viudo/a

Nombre de su pareja o Conyugue (Si corresponde): _____ Edad: _____ País de Origen _____

Tiempo de Relación _____ Fecha del Matrimonio o inicio de convivencia: _____

Relativa satisfacción: Peor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mejor

¿Anteriormente estuvo casado o en convivencia? Si No

Si es así; Tiempo de duración del matrimonio o relación: _____

¿Tuvo hijos en la anterior relación (s)? Si No ¿Cuántos? _____

Enumere a todos sus hijos (en su relación actual o anterior). Si su cónyuge tiene hijos de una relación anterior, incluya también sus nombres en esta lista:

Nombre y apellidos	Sexo	Edad	Biológico o Adoptado	Vive con usted?	
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No
				Si	No

¿Cómo describe su relación con sus padres? _____

Si alguna vez se divorció, ¿cuántos años tenía cuando se separaron o se divorciaron, y cómo le impactó esto? _____

¿Hubo algún otro proveedor de cuidado primario con quien tuvo una relación significativa? Si es así, por favor describa que efectos tubo en usted esta relación: _____

¿Cuántos hermanas tiene? _____ ¿Edades? _____

¿Cuántos hermanos tiene? _____ ¿Edades? _____

¿Cómo es la relación con sus hermanos? _____

V. HISTORIA DE TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de Psicoterapia o de consejería en el pasado? Si No ¿Cuánto tiempo duró? _____

¿Ha recibido psicoterapia debido a un trastorno psiquiátrico o por abuso de drogas? Si No

En caso afirmativo; especifique la duración y cuantos periodos fueron _____

¿Anteriormente ha tenido evaluaciones psicológicas? Si No Motivo: _____

¿Alguna vez a sufrido de depresion? Si No

Describe el tipo de tratamiento que está recibiendo o recibió en el pasado

¿Ha tenido pensamientos o intentos de suicidio? Si No ¿Tiene pensamientos suicidas actualmente? Si No

¿Ha tenido pensamientos o intentos de cometer un homicidio? Si No Actualmente tiene pensamientos homicidas Si No

Si su respuesta es afirmativa a las dos anteriores preguntas, describa los hechos sucedidos y la fecha. _____

Describe brevemente una historia de Abuso, negligencia o trauma que le haya sucedido a usted: _____

¿Usted ha sido víctima de violencia doméstica a nivel físico o emocional? SI No Si su respuesta es afirmativa, describa brevemente un episodio: _____

Describe el tipo de tratamiento que está recibiendo o recibió en el pasado por esta situación _____

VI. HISTORIA MÉDICA

Por favor, explique cualquier problema médico significativo, síntomas o enfermedades (lesiones en la cabeza u otros problemas neurológicos), que usted haya tenido o tenga _____

Describe su historial quirúrgico: _____

Medicamentos Actuales o anteriores

Nombre del Medicamento	Dosis	Propósito	Nombre del Médico que prescribe

VII. USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

¿Fuma o usa Tabaco? Si No Si su respuesta es Si, ¿Cuántos por día? _____

¿Usted consume Café? Si No Si su respuesta es Si, ¿Cuántos por día? _____

¿Usted toma Alcohol? Si No Si su respuesta es Si, ¿Cuántos por día, por mes y por año? _____

¿Utiliza usted algún medicamento o droga sin prescripción? Si No

En caso afirmativo, ¿cuáles son y con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez ha estado en peligro o en situaciones de riesgo debido al abuso de sustancias Psicoactivas? Si No

V. HISTORIA DEL DESARROLLO

Problemas relevantes durante el embarazo, nacimiento, niñez y su adolescencia:

Marque las características que describieron su niñez o adolescencia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niñez feliz | <input type="checkbox"/> Desórdenes de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Problemas familiares |
| <input type="checkbox"/> Problemas médicos | <input type="checkbox"/> Niñez infeliz |
| <input type="checkbox"/> Testigo de violencia entre padres | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Abusado/a físicamente | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta |
| <input type="checkbox"/> Abusado/a sexualmente | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas : _____ | |

Personas que viven con usted _____

Sistema de apoyo social-familiar _____

Vida espiritual o religiosa (Lugar, años que participa, participación actual o pasada) _____

Actividades recreativas, pasatiempos e intereses personales

VI. HISTORIA EDUCACIONAL

Mencione su historial de estudios y el grado académico más alto alcanzado y lugar

VII. HISTORIA LABORAL

¿Cuáles han sido sus trabajos, cuáles eran sus funciones? (Tiempo parcial o tiempo completo, duración en esta labor).

¿Cuál es su trabajo actual? Cuánto tiempo?

	POBRE		EXCELENTE				
Satisfacción laboral :	1	2	3	4	5	6	7

VIII. HISTORIA LEGAL

¿Alguna vez fue arrestado/a?

IX. RELACION DE PAREJA

Para cada uno de los siguientes temas, por favor describa brevemente cómo maneja estas áreas de su vida:

Hablar entre ustedes, conectarse emocionalmente, pasar tiempo juntos:

Situaciones estresantes externas que afectan su relación

Problemas sin solución y atrapados

Romance, afecto verbal y afecto físico

Sexo e intimidad física

Cambios importantes en su vida: nacimiento, muertes, mudanzas, pérdida de trabajo, enfermedades, etc.

Niños y paternidad

Familiares y parientes políticos

Infidelidades y celos

Desacuerdos, peleas, enojos

Diferencias en sus valores y preferencias

