

Center Point

Formulario de Admisión para Adultos

La forma siguiente se hará la parte de su registro confidencial. Por favor conteste cada pregunta completamente y cuidadosamente como sea posible.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Condado: _____

Podríamos contactarlos o dejarle mensajes en su...

Celular #: _____ Mensaje de Texto
 Teléfono de casa # _____ Correo Electrónico: _____

Ud. está de acuerdo con los contactos indicados en este formulario como un medio de contacto con la firma de abajo:

Firma (cliente)

(Fecha)

Empleo ¿Es empleado usted ahora mismo? Si No

El Nombre de su Empleador: _____

Tipo de Trabajo / Posición: _____ Tiempo: _____

Información Personal

¿Quién le refirió a nuestra oficina? _____

¿Podemos enviarle una carta de gracias? Si No

Describa cualquier problema físico que usted tenga lo que requiere medicina o cuidados físico: _____

¿Cuándo fue su último chequeo médico? _____

¿Está recibiendo tratamiento médico? Si No

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Está tomando usted medicamentos recetados? Si No

Si la respuesta es sí, por favor lista: _____

CREENCIA ESPIRITUAL (Opcional)

¿Forma Ud. parte de una comunidad de fe? Si No ¿Cual? _____

¿Cómo calificaría su interés en el crecimiento espiritual?



Ningún interés

No estoy seguro/a

Muy interesado/a

Áreas Problemáticas

Coloque una marca de verificación al lado de cada artículo que identifica un área de preocupación para Ud.
Coloque dos cheques junto a aquellos que son más importantes. No dude en añadir comentarios adicionales.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No tengo ningún problema o preocupación | <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad al rechazo/críticas, la timidez |
| <input type="checkbox"/> Abuso - físico, sexual, emocional, negligencia
(De niños o ancianos) | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza, otros tipos de dolores |
| <input type="checkbox"/> Agresión, violencia, amenazas | <input type="checkbox"/> Juegos de azar |
| <input type="checkbox"/> Uso de alcohol | <input type="checkbox"/> Miedos, fobias, sospecha |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad, nerviosismo, pánico, tensión | <input type="checkbox"/> Fatiga, cansancio, energía baja |
| <input type="checkbox"/> Ira / Frustración, hostilidad, argumentos | <input type="checkbox"/> Fracaso |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad, problemas de carácter, | <input type="checkbox"/> Vacío |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones para el futuro, la carrera,
Las opciones, la escuela | <input type="checkbox"/> Culpabilidad |
| <input type="checkbox"/> La crianza de los hijos, la custodia de los niños | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño – demasiado/muy poco,
insomnio |
| <input type="checkbox"/> Codependencia | <input type="checkbox"/> Irresponsabilidad |
| <input type="checkbox"/> Confusión, desorganización de pensamiento | <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a si mismo(a) |
| <input type="checkbox"/> Depresión, bajo estado de ánimo, llanto | <input type="checkbox"/> Pensamientos de herir a los demás |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Aislamiento / retirada |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios – comer demasiado/muy
poco, falta de apetito, vómitos, peso, dieta | <input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Temor | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas, sin receta Médica, de calle |
| <input type="checkbox"/> Nerviosidad | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol por miembro de familia / otro |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Trabajo / carrera |
| <input type="checkbox"/> Problemas matrimoniales, conflicto,
Distancia/frialdad, infidelidad, Nuevo
Matrimonio | <input type="checkbox"/> Pensamientos desagradables que no desaparecen |
| <input type="checkbox"/> Problemas físicos, salud, enfermedad | <input type="checkbox"/> Impulsos/ comportamientos obsesivos
compulsivos |
| <input type="checkbox"/> Relaciones sociales, conflictos interpersonales | <input type="checkbox"/> Fácilmente agitado / molesto |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad, falta de control | <input type="checkbox"/> Soledad |
| <input type="checkbox"/> Duelo, luto, muerte, las pérdidas, el divorcio | <input type="checkbox"/> Fatiga |
| <input type="checkbox"/> Problemas de juicio, toma de riesgos | <input type="checkbox"/> Dificultad para confiar |
| <input type="checkbox"/> Asuntos legales | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los padres | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Energía baja, motivación, pereza | <input type="checkbox"/> Estrés, tensión |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima, sentimientos de inferioridad | <input type="checkbox"/> Corazón que palpita / corriendo |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración, atención,
Distracción | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Inutilidad | <input type="checkbox"/> El temblor / temblando |
| <input type="checkbox"/> Perfeccionismo | <input type="checkbox"/> Problemas financieros, deuda,
Gasto impulsivo, bajos ingresos |
| | <input type="checkbox"/> Amistades |
| | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales, PMS, menopausia |
| | <input type="checkbox"/> Oscilaciones de humor |

Firma: _____

Fecha: _____

*Al firmar aquí, estoy consintiendo para que esta información se convierta en una parte de mi historia clínica y entiendo que permanecerá confidencial por Center Point