Center Point

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: _____

Grado:_____ Escuela/Guarderia en la que esta asistiendo:_____

Información de contacto de los padres

Podriamos contactarlo o dejarle mensajes en su…
☐ Telefono Celular #:_____ ☐ Mensaje de Texto ☐ Telefono de casa: Numero:_____
☐ Correo Electronico:_____
Usted está de acuerdo a los contactos indicados en este formulario como un medio de contacto con la firma de abajo

_____ _____
(Firma de Padre/Guardian) **Fecha**

Información personal

¿Que le refirió a nuestra oficina? _____

¿Podemos enviarles una carta de gracias? _____

Describa cualquier problema físico que usted tenga lo que requiere medicamentos o cuidados fisicos:___

_____

¿ Hace cuánto tiempo fue la última física de su hijo? _____

¿Está recibiendo tratamiento médico su hijo? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es sí, por favor explique:_____

¿Está su hijo tomando medicamentos recetados? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es sí, por favor liste: _____

Algunos antecedentes psiquiátricos (por ejemplo, depresión, ansiedad, Abuso de sustancias)? ☐ Si ☐ No

CREENCIA ESPIRITUAL

¿ Es su hijo una parte de una comunidad de fe local? ¿Si O No? Si si de cual?_____

¿Cómo calificaría su interés en el crecimiento espiritual?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

◄——————————————————————►

Ningún interés No estoy seguro/a Muy interesado/a

Center Point

The following form will become part of your confidential record. Please answer each question as completely and carefully as you can.

Name: _____ Date of Birth:_____ Age:_____ Sex:_____

Address: _____ County: _____

Home Phone:_____ Work:_____ Cell:_____

If a minor: Mother's Work and Phone:_____

Father's Work and Phone: _____

Emergency Contact: _____

Employment Background Are you currently employed? Yes ❑ No ❑

Employer's Name: _____

Type of Work / Position:_____ Length of time:_____

Personal Information

Who referred you to our office? _____

May we send them a letter of thanks?_____

Describe any physical problems you have that require medication or physical care: _____

_____

How long ago was you last physical?_____

Are you currently receiving medical treatment? Yes ❑ No ❑

If yes, please explain: _____

Are you currently taking any prescription medication? Yes ❑ No ❑

If yes, please list:_____

SPIRITUAL BACKGROUND

What local church do you attend?_____ How frequently?_____

How would you rate your current interest in spiritual growth?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

◀——————————————————————————▶

No interest Not sure Very interested

Áreas Problemáticas

Coloque una marca de verificación al lado de cada artículo que identifica un área de preocupación para usted.

Coloque dos cheques junto a aquellos que son más importantes. No dude en añadir comentarios adicionales

___ Mi hijo no tiene ningún problema o preocupación
___ Abuso físico, sexual, emocional, negligencia (de niños o ancianos), crueldad hacia los animales
___ Agresión, violencia, amenazas
___ Uso de alcohol
___ Ansiedad, nerviosismo, pánico, tensión
___ Cólera / Frustración, hostilidad, discutiendo, irritabilidad, problemas de carácter,autocontrol
___Codependencia
___ Confusión, desorganización de pensamiento
___ Depresión, bajo estado de ánimo, tristeza, llanto
___Educación
___ Comer dificultades comer en exceso, en el comer apetito perturbación, vómitos, peso, dieta
___Temor
___ Nerviosidad
___ Problemas de memoria
___ Problemas físicos, salud, enfermedad
___Relaciones sociales, conflictos interpersonales
___Impulsividad, falta de control
___Luto, duelo, muerte, las pérdidas, el divorcio
___Problemas de juicio, toma de riesgos
___Asuntos legales
___Problemas con padres
___ Energía baja, motivación, pereza
___ Baja autoestima, sentimientos de inferioridad
___ Falta de concentración, atención, la distracción
___ Desesperanza
___ Inutilidad

___ Perfeccionismo
___ Hipersensibilidad al rechazo/críticas, la timidez
___ Dolores de cabeza, otros tipos de dolores
___ Miedos, fobias, sospecha
___ Fatiga, cansancio, bajo consumo de energía
___ Fracaso
___ Vacío
___ Culpabilidad
___ Trastornos del sueño de demasiado mucho/poco, insomnio
___ Irresponsabilidad
___ Pensamientos de hacerse daño a si mismo(a)
___ Pensamientos de herir a los demás
___ Aislamiento / retirada
___ Pensamientos de suicidio
___ Prescripción del consumo de drogas, sin receta médica, calle
___ Uso de alcohol por miembro de familia / otro
___ Trabajo / carrera
___ Pensamientos desagradables no desaparecen
___ Obsesivo / comportamiento compulsivo, compulsiones
___ Agita fácilmente / molesto
___ Soledad
___ Fatiga
___ Dificultad para confiar
___ Trauma
___ Tristeza
___ Estrés, tensión
___ Corazón que palpita / corriendo
___ Dolor en el pecho
___ El temblor / temblando
___ Financiero o problemas de dinero, deuda, impulsiva los gastos, bajos ingresos
___ Amistades
___ Problemas menstruales, PMS, menopausia
___ Oscilaciones de humor

Otro: _____
_____

Firma: _____ Fecha:_____

Al firmar aquí, estoy consintiendo a permitir que este infrrmation se convierta en una parte del expediente y de la historia clínica de mi hijo que se mantendrá en la confianza por Center Point.

Problem Areas

Place a check mark next to each item that identifies an area of concern to you. Place two checks next to those that are most important. Feel free to add additional comments.

___I have no problem or concern
___Abuse-physical, sexual, emotional, neglect (of children or elderly), cruelty to animals
___Aggression, violence, threats
___Alcohol use
___Anxiety, nervousness, panic, tension
___Anger / Frustration, hostility, arguing, irritability, temper problems, self-control
___Career concerns, goals, choices, school
___Childhood issues (your own childhood)
___Children, child management, child care, parenting, custody of children
___Codependence
___Confusion, thought disorganization
___Depression, low mood, sadness, crying
___Education
___Eating difficulties-overeating, under eating, appetite disturbance, vomiting, weight, diet
___Fearfulness
___Nervousness
___Memory problems
___Marital problems, conflict, distance/coldness, infidelity/affairs, remarriage
___Physical problems, health, illness
___Social relationships, interpersonal conflicts
___Impulsiveness, lack of control
___Grieving, mourning, deaths, losses, divorce
___Judgment problems, risk taking
___Legal matters
___Problems with parents
___Low energy, motivation, laziness
___Low self-esteem, inferiority feelings
___Poor concentration, attention, distractibility
___Hopelessness
___Worthlessness
___Perfectionism
___Oversensitivity to rejection/criticism, shyness
___Headaches, other kinds of pains
___Gambling
___Fears, phobias, suspiciousness
___Fatigue, tiredness, low energy
___Failure
___Emptiness
___Guilt
___Sleep disturbances-too much/little, insomnia
___Irresponsibility
___Thoughts of hurting yourself
___Thoughts of hurting others
___Isolation / withdrawal
___Thoughts of suicide
___Drug use-prescription, over-the-counter, street
___Use of alcohol by family member / other
___Work / career
___Unpleasant thoughts won't go away
___Obsessive / compulsive behavior, compulsions
___Easily agitated / annoyed
___Loneliness
___Fatigue
___Difficulty trusting
___Trauma
___Sadness
___Stress, tension
___Heart pounding / racing
___Chest pain
___Trembling / shaking
___Financial or money troubles, debt, impulsive spending, low income
___Friendships
___Menstrual problems, PMS, menopause
___Mood swings

I have read the information sheet voluntarily.

Signature: _____ Date:_____

or clients 17 and under, the signature of his / her guardian or custodial parent is required.

Signature: _____ Date:_____