



## CENTRO DE CONSEJERÍA

### INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ ¿Miembro de Sagemont? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a nosotros para el asesoramiento?

Estado civil: Soltero (a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Separado (a) \_\_\_\_\_  
Divorciado (a) \_\_\_\_\_ Viudo (a) \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_

Si están casados, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Conyugue: \_\_\_\_\_

Si casado (a), indique el grado de su actual satisfacción marital en una escala del 1 al 10:

(Bajo) 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 (alto)

Si divorciado (a), separado (a) o viudo (a), ¿Desde cuándo?

Si ha estado casado (a) previamente, ¿Cuántas veces?

Si está divorciado (a), ¿cómo describiría su relación con su ex cónyuge?

¿Cuál es la situación actual de la custodia con los niños?

Por favor escriba los nombres de todos sus hijos (y los hijastros) e indique si viven con usted en su casa:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>¿Vive con ud.?</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>¿Vive con ud.?</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Cómo describiría usted su relación con sus hijos?

---

---

¿Cuál es su nivel de educación?

---

¿Cuál es su ocupación?

---

¿Cuál es su situación actual de empleo?

---

---

¿Por qué está usted buscando ayuda en este momento?

---

---

¿Cuánto tiempo han estado tratando con este problema?

---

¿Cómo está afectando tu vida? ¿En la casa?

---

¿En el trabajo?

---

¿De otra manera?

---

¿Has estado en Consejería antes?

Sí No

¿Si es así, cuando?

---



En caso afirmativo (incluya medicamentos recetados), por favor describa:

---

¿Ha recibido algún tratamiento previo por el uso de alcohol/drogas?    Sí    No

Si ha tenido, por favor describa:

---

¿Algún miembro de su familia tiene antecedentes de abuso de drogas y/o alcohol?

    Sí    No    No está seguro

Si ha habido alguien por favor explique:

---

---

---

¿En la familia, hay historia de depresión o cualquier otro problema emocional?

    Sí    No    No está seguro

Si es así, describa e indique cómo se trató el problema:

---

---

---

¿Ha sufrido alguna vez cualquier tipo de abuso físico, sexual o emocional?

    Sí    No    No está seguro

Si es así, ¿qué tipo de abuso ha experimentado?

---

---

---

¿Cuándo ocurrió u ocurre todavía?

---

---

---

¿El abuso ha sido revelado y/o reportado?    Sí    No

¿Si ha sido, cómo?

---

¿Qué tipo de acción legal, si los hubiere, fue tomada en relación con el abuso?

---

¿Cómo le afecta el abuso actualmente?

---

---

---

¿Has pensado acerca del suicidio?                      Sí      No

¿Si lo ha pensado, cuando?

---

¿Por qué?

---

¿Ha tratado de hacerse daño a ti mismo?                      Sí      No

Si es así, ¿Qué hizo?

---

---

---

¿Recibiste algún tratamiento?                      Sí      No

¿Ha estado hospitalizado alguna vez por cualquier motivo emocional?                      Sí      No

Si ha recibido tratamiento psiquiátrico, describa:

---

---

---

Por favor anote cualquier historial médico pertinente:

---

---

---

¿Ha estado bajo el cuidado de un psiquiatra?                      Sí      No

Si usted está actualmente tomando algún medicamento, por favor, complete a continuación:

Medicamento/ Dosis/Propósito médico

---

---

---

