



CARE AND COUNSELING CENTER of Georgia

OFFERING HEALING, HOPE AND EDUCATION IN THE PASTORAL TRADITION

WWW.CCCGEORGIA.ORG

Office Use Only

Client # _____

Ins. Dx: _____

Need Monthly Statement?

Yes No

Therapist: _____

Therapist # _____

Center # _____

EAP Yes No

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN GENERAL – Por favor escriba letra de molde

Nombre: Apellido _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código P. _____

Responsable por el pago (si es diferente a la persona antes mencionada)

Nombre: Apellido _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código P. _____

Número preferido ¿dejar mensaje?

Tel. Casa _____ Sí No Dirección electrónica: _____

Tel. Trabajo _____ Sí No

Tel. Celular _____ Sí No

Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____ Sexo Masculino Femenino

Seguro Social _____ - _____ - _____

Lugar de empleo: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____ Relación: _____

Raza/identidad étnica: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático o Indio Asiático Color o afro-americano

Hispano o Latino Medio oriente Isla del Pacífico o Nativo Hawaiano Blanco

Estado Marital: Soltero/a Comprometido/a Casado/a/cohabitando Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre del cónyuge: _____ # años juntos: _____

Preferencia Religiosa/Denominación: _____

Referido por: _____ ¿Podemos agradecerle a la persona? Sí No

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Si se aplica)

Nombre del asegurado: _____ Empleo del asegurado: _____

Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código P. _____

SS del asegurado: _____ - _____ - _____ Fecha Nacimiento del asegurado: Día ___/Mes ___/año ___ Relación con cliente: _____

Nombre del seguro Medico: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

Pre-autorización Requerida? Sí No Teléfono: _____

Seguro Medico Secundario: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____ Póliza#: _____ Grupo #: _____

¿Pre-autorización Requerida? Sí No Teléfono: _____

*¿Desea ser incluido en nuestra lista de correo electrónico para talleres o grupos terapéuticos? Sí No
(Respetaremos la privacidad de su dirección electrónica. No compartiremos su información con fines de negocio.)*

ASUNTOS PARA LA CONSEJERÍA

¿Por qué pide usted ayuda ahora?

¿Qué le gustaría que pase como resultado de la consejería o psicoterapia?

HISTORIA MÉDICA & PSICOLÓGICA

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

Fecha del último examen físico: _____

Lista de enfermedades o síntomas Marque si no hay ninguna

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Doctor que la prescribe
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre del Psiquiatra: _____ Tel. del Psiquiatra: _____

¿Ha recibido alguna vez consejería o psicoterapia? Sí No

Si es así, ¿cuándo fue? _____ Con quién? _____

Ha recibido alguna vez usted o un familiar ayuda por asunto de droga o alcohol? Sí No

Si es así ¿cuándo? _____ Dónde? _____

Marque cuáles de las siguientes sustancias usted ingiere, y escriba las cantidades y frecuencia de cada una:

<input type="checkbox"/> Café: _____	<input type="checkbox"/> Tabaco: _____
<input type="checkbox"/> Sodas <input type="checkbox"/> Otras bebidas <input type="checkbox"/> Pastillas	
<input type="checkbox"/> Alcohol: _____	<input type="checkbox"/> Marihuana: _____
<input type="checkbox"/> Cocaína, Crack: _____	<input type="checkbox"/> LSD: _____
<input type="checkbox"/> Inhalantes: _____	<input type="checkbox"/> Otra: _____

¿Se ha preocupado o sentido culpable por el uso de drogas/alcohol? Sí No

¿Alguien alguna vez expresó preocupación por su uso de drogas /alcohol? Sí No Si fue así, ¿Quién? _____

¿Ha tenido alguna vez un DUI? Sí No Si así fue, ¿cuántos# _____ Cuando _____

¿Alguna vez ha sentido la necesidad de reducir el uso de drogas/alcohol? Sí No

¿Alguna vez se ha sentido molesto por la crítica de como usted usa drogas/alcohol? Sí No

¿Alguna vez usted necesitó drogas/alcohol para levantarse por la mañana, o para funcionar en el trabajo, o participar en eventos sociales, o para enfrentar síntomas cuando los deja de usar? Sí No



CARE AND COUNSELING CENTER of Georgia

OFFERING HEALING, HOPE AND EDUCATION IN THE PASTORAL TRADITION

WWW.CCCGEORGIA.ORG

Lista de Posibles Problemas

Por favor marque lo que se aplique en su caso

PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS,

EMOCIONES

- Rabia/frustración/hostilidad
- Ansiedad, nerviosismo
- Atención, concentración
- Confusión
- Depresión
- No acepta a otros
- Sentimiento de vacío interior
- Euforia
- Preocupación Excesiva
- Fracaso
- Fatiga
- Miedo
- Duelo (muerte, pérdida, divorcio, etc.)
- Culpabilidad
- Escucha cosas que otros no escuchan
- Pensamientos homicidas
- Pensamientos intrusos
- Poco sentido común
- Dificultades de memoria
- Pensamientos negativos
- Pensamientos obsesivos
- Sensibilidad a la crítica
- Sensibilidad al rechazo
- Ataques de pánico
- Perfeccionismo
- Tristeza
- Ve cosas que otros no ven
- Egocéntrico
- Autoestima
- Timidez
- Problemas espirituales, religiosos o morales
- Estrés
- Cambios repentinos de ánimo
- Pensamientos suicidas
- Sospecha
- Problemas de temperamento
- Pensamientos hacerse daño a usted o a otros
- otros

CONDUCTA

- Agresión, violencia
- Uso de Alcohol
- Argumentativo
- Evasivo
- Comportamientos compulsivos/rituales
- Necesidad de controlar todo
- Disminución /Falta de interés sexual
- Dependencia
- Destrucción de propiedad
- Uso de Drogas prescritas, o sin receta médica, o de la calle
- Problemas de alimentación
- Problemas financieros, deudas
- Adicto a las apuestas
- Hiperactividad
- Problemas de "Internet"
- Irresponsabilidad
- Aislamiento
- Problemas legales
- Permite que otros lo abusen
- Miente
- Incapaz de relajarse
- Pornografía
- Preocupación por el sexo
- Procrastinar
- Vomitar
- Autodestrucción/sabotaje
- Descuido personal
- Disfunción sexual
- Fumar
- Robar
- Amenaza a otros
- Aumento /pérdida de peso
- Se aísla de los demás
- Desinterés por lo que le ha gustado
- Dificultad para dormir
- Pérdida de apetito
- Comer en exceso
- Infidelidad

FAMILIA & RELACIONES SOCIALES

- Problemas de su infancia
- Divorcio
- Amistades
- Mantenimiento diario de la casa
- Conflictos interpersonales
- Paternidad
- Problemas con los niños
- Problemas con los padres
- Problemas con el cónyuge
- Separación

ABUSO

- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas
- Abusa emocionalmente a otro
- Otro lo abusa emocionalmente
- Abuso financiero
- Negligencia
- Otro lo abusa físicamente
- Abusa físicamente a otro
- Sufre abuso sexual
- Abusa sexualmente a otro
- Abuso verbal

TRABAJO & ESCUELA

- Faltar constantemente
- Problemas de carrera, elección, metas
- Problemas con compañeros de trabajo
- Problemas con supervisores
- Desempeño
- Tardanza
- Procrastinar
- Problemas de escuela

OTROS PREOCUPACIONES

- _____
- No tengo problemas o preocupaciones que me hacen venir acá.