

CUESTIONARIO PARA ADULTO

Querido cliente:

Fecha: _____

Nuestro personal desea tener la imagen más completa posible de usted para comprender mejor sus dificultades. Este cuestionario lo ayudará a brindarnos la información que necesitamos para ayudarlo. Informe al personal de la oficina si no está seguro de cómo responder una pregunta.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Estado civil (circule uno): Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Viudo(a)

¿Con quién vive usted? Marque todas la que aplican:

SI

NO

Esposo(a): _____

Otros adultos: _____

Ninos: _____

HISTORIAL DE RELACIONES FAMILIARES

¿Cuántas relaciones románticas serias ha tenido? _____

¿Alguna vez ha estado en una relación abusiva (circule una)?

Abuso físico: SI NO Perpetrador: _____

Abuso verbal/emocional: SI NO Perpetrador: _____

Abuso sexual: SI NO Perpetrador: _____

¿Vivieron ustedes relaciones abusivas durante su niñez?

Abuso físico: SI NO Perpetrador: _____

Abuso verbal/emocional: SI NO Perpetrador: _____

Abuso sexual: SI NO Perpetrador: _____

HISTORIAL MÉDICO Y DEL DESARROLLO

Tuvo su madre alguna complicación durante su embarazo o en su parto? SI NO NO LO SE
Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de complicaciones? _____

¿Sabe si su madre usó tabaco, drogas ilícitas, o alcohol durante su embarazo?
SI NO NO LO SE
Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de sustancia? _____

Describa cualquier enfermedad grave o accidente que requirió una visita o estadía en el hospital (complicaciones del parto, enfermedades, caídas, quemaduras, cortes, convulsiones, fracturas de huesos, etc.) que haya tenido y su edad en ese momento:

¿Qué tan seguido visita usted a su doctor? _____

¿Está usted actualmente tomando alguna prescripción médica? SI NO
Si su respuesta es sí, por favor liste los medicamentos y la razón:

Medicacion:	Razon:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Visita algunos de estos proveedores con regularidad?

	SI	NO
Medico General:	_____	_____
Neurologo:	_____	_____
Psicólogo/psiquiatra:	_____	_____
Consejero/Terapeuta:	_____	_____

¿Alguna vez ha sido usted admitido en un hospital psiquiátrico? SI NO

Si su respuesta es sí, liste los hospitales y las fechas: _____

¿Usa lentes usted? SI NO

Si su respuesta es sí, a qué edad empezó a usarlos? _____

Describe cualquier otro problema de visión que pueda tener: _____

¿Usa aparatos para ayudar la audición? Si NO

Si su respuesta es sí, a qué edad comenzó a usar los audífonos? _____

Describe cualquier otro problema auditivo: _____

HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DEL SUEÑO

¿Ha notado un incremento en su apetito últimamente? SI NO

¿Ha notado una disminución en su apetito últimamente? SI NO

¿Está usted en alguna dieta especial? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de dieta? _____

¿Tiene quejas acerca de su peso? SI NO

¿A qué hora se despierta en las mañanas? _____

¿A qué hora se va a dormir? _____

¿Tiene pesadillas frecuentemente? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de pesadillas? _____

¿Tiene problemas para quedarse dormido? SI NO

¿Tiene problemas para permanecer dormido? SI NO

ACTIVIDADES DE RECREACIÓN

¿Qué juegos, recreaciones o hobbies usted disfruta? _____

HISTORIAL DE EDUCACIÓN Y TRABAJO

¿Cuál es su nivel educativo? _____

¿A qué tipo de clases atendió?

REGULARES

EDUCACION ESPECIAL

CLASES AVANZADAS

¿Si recibió servicios de educación especial, en qué clases recibió adaptaciones? _____

¿Ha tenido más formación o entrenamiento? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

¿Cuándo fue su último día de trabajo? _____

¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos diez años? _____

¿Cuánto es el máximo que ha durado trabajando en el mismo lugar? _____

HISTORIAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS

¿Utiliza actualmente sustancias / drogas ilícitas? SÍ NO

Si su respuesta es sí, indique cada sustancia y la frecuencia de uso: _____

¿Ha consumido drogas en el pasado, pero ya no las consume? SÍ NO

Si su respuesta es sí, indique cada sustancia y la última fecha de uso: _____

¿Consume actualmente alcohol? SI NO

Si su respuesta es sí, indique con qué frecuencia? _____

¿Cuánto alcohol consume en una sentada? _____

¿Ha usado alcohol en el pasado pero actualmente no? SI NO

Si su respuesta es sí, indique con qué frecuencia lo hacía? _____

¿Cuánto alcohol consumía en una sentada? _____

¿Cuándo fue la última vez que tomo? _____

¿Alguna vez ha sido arrestado por DUI o DWI? SI NO

¿Ha asistido alguna vez a un programa de tratamiento por abuso de sustancias? SÍ NO

¿Si su respuesta es sí, cuándo? _____

¿Cuál era el nombre del programa (s)? _____

HISTORIA LEGAL

¿Alguna vez ha sido arrestado? SI NO

Si su respuesta es sí, ¿cuántos delitos menores? _____

¿Cuáles fueron los cargos? _____

Si su respuesta es sí, ¿cuántos delitos graves (felonía)? _____

¿Cuáles fueron los cargos? _____

¿Ha servido lo siguiente?

Probación SI NO

Libertad condicional SI NO

Tiempo en prisión SI NO

PERSPECTIVA GENERAL DEL PROBLEMAS / FORTALEZAS

Describe brevemente cuáles crees que son tus 3 problemas principales:

1. _____

2. _____

3. _____

Describe brevemente cuáles crees que son tus 3 mejores fortalezas:

1. _____

2. _____

3. _____

Describa brevemente cualquier información adicional sobre usted que pueda resultar útil para esta evaluación:
