



Rooted Counseling, PLLC

rootedcounseling.net

403 W Cherry Ln • Meridian, ID 83642

Teléfono: (208) 887-1911 ext 105 • Fax: (208) 895-8049

Email: luis.cortez0712@gmail.com

¡Bienvenido! Estoy emocionado de aprender más sobre usted para que podamos comenzar el proceso de curación y ayuda. Usted es el experto en su vida y me siento honrado de ser parte de su viaje. Mi oficina es una zona libre de juicios y haré todo lo posible para mostrarle comprensión, compasión, cordialidad y respeto. Revisaremos este formulario juntos en la primera reunión, donde puede hacer preguntas y podemos aclarar los objetivos del tratamiento.

El día de hoy:

Nombre:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Años:

Número de teléfono:

Ok para dejar mensajes de voz?

Email:

Lenguaje primario:

Intérprete necesario:

Contacto de emergencia (nombre y número de teléfono):

Lo que te trae a la consejería hoy:

¿Cómo calificaría su salud mental actual? Excelente Buena Media Pobre Fallando

SÍNTOMAS:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Cómo te afectan estos síntomas en tu día a día?

Historia de la salud mental

¿Alguna vez has estado en consejería? SI NO

En caso afirmativo, ¿qué encontró útil / efectivo frente a inútil / ineficaz?

¿Está recibiendo actualmente algún servicio de salud mental? SI NO

En caso afirmativo, indique el nombre del profesional y el tipo de servicios que está recibiendo:

¿Qué diagnóstico previo, si es el caso, ha recibido?

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por problemas de salud mental? SI NO

En caso afirmativo, indique la (s) fecha (s) y la duración de la estancia:

Evaluación de riesgos y autolesiones

¿Alguna vez o estás actualmente involucrado en comportamientos de autolesiones?

Si es así, ¿qué tipo de auto daño y con qué frecuencia?

¿Has experimentado alguno de los siguientes:

Estado de ánimo extremadamente deprimido SI NO

Cambios de humor extremos SI NO

Habla rápida SI NO

Ansiedad extrema SI NO

Ataques de pánico SI NO

Fobias SI NO

Alucinaciones SI NO

Pérdidas de tiempo inexplicables SI NO

Lapsos de memoria inexplicables SI NO

Trastorno alimentario SI NO

Comportamientos repetitivos SI NO (verificación frecuente, lavado de manos, etc.)

Pensamientos homicidas SI NO

Pensamientos suicidas SI NO

Intentos de suicidio SI NO

Por favor, explique cualquier artículo que usted circuló SI:

Historial médico

¿Cómo calificaría actualmente su salud física? Excelente Buena Media Pobre Fallando

¿Qué síntomas físicos o diagnósticos médicos tiene, si tiene alguno?

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico u otro profesional de la salud?

En caso afirmativo, nombre de su médico de atención primaria:

Si es así, llame a su médico de atención primaria:

¿Está tomando algún medicamento recetado? SI NO

Por favor liste:

¿Está tomando medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos herbales? SI NO

Por favor liste:

Preguntas básicas de vida

¿Actualmente te involucras en el movimiento / ejercicio? SI NO

¿Con qué frecuencia y qué tipo de movimiento / ejercicio?

¿Cómo son tus hábitos de sueño (rutina, cantidad, descanso)?

¿Tiene alguna dificultad con el apetito o los hábitos alimenticios? Si o no

Por favor explique si es así:

¿Ha experimentado un cambio de peso significativo en los últimos 2 meses? Si o no

Por favor explique si es así:

Historia vocacional

¿Está trabajando actualmente? SI NO

Si es así, ¿en qué tipo de trabajo estás involucrado?

Otros datos importantes sobre su historial laboral / escolar actual o pasado:

Historia del trauma

Indique si usted o un miembro de su familia inmediata experimentó alguno de los siguientes (si es un miembro de la familia, tenga en cuenta la relación):

Abuso emocional:

Abuso físico:

Abuso sexual Violencia doméstica:

Negligencia:

Abuso de sustancias:

Enfermedad seria:

Accidente o lesión:

Problemas legales:

Movimientos frecuentes / múltiples:

Personas sin hogar Problemas financieros:

Otros no especificados:

Por favor explique: