

## NHCC ASSESMENT and HISTORY INFORMATION Cont.

En los pasados 36 meses, ha muerto alguien de la familia o alguien cercano a usted?

Si  No A ser si, quien? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Hace 36 meses o más, murió alguien de la familia o alguien cercano a usted?

Si  No A ser si, quien? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_

Por favor califique a continuación basado en una escala del 1 al 10, 1 = para nada y 10 =  
muchísimo:

\_\_\_\_\_ Yo estaba cerca y tenía una buena relación con mi padre.

\_\_\_\_\_ Yo estaba cerca y tenía una buena relación con mi madre.

\_\_\_\_\_ Yo estaba cerca y tenía una buena relación con mis hermanos/hermanas.

\_\_\_\_\_ Tengo varios buenos amigos/amigas.

\_\_\_\_\_ Seguido tengo pesadillas.

\_\_\_\_\_ Tengo la tendencia de ponerme de acuerdo para evadir confrontaciones.

\_\_\_\_\_ No me gusta estar alrededor de otras personas, quiero estar solo/sola.

\_\_\_\_\_ Me gusto.

\_\_\_\_\_ Tengo un interés sano en el sexo.

\_\_\_\_\_ A veces me siento confundido/confundida con mi identidad.

\_\_\_\_\_ Pongo las necesidades y deseos de otros antes de mi aunque no esté a gusto con ello.

\_\_\_\_\_ Pienso que soy responsable por la manera que otros se sienten o actúan.

\_\_\_\_\_ Bebo por lo menos 3 veces por semana.

\_\_\_\_\_ Tengo un problema al decir que no.

\_\_\_\_\_ Otros me pueden enojar, frustrar, decepcionar, o triste fácilmente.

Miedos o preocupaciones sobre la consejería: \_\_\_\_\_

Metas o expectativas de la terapia: \_\_\_\_\_

Síntomas actuales: \_\_\_\_\_