

NHC ASSESSMENT and HISTORY INFORMATION

Esta información les ayudara a usted y a su terapeuta para empezar a aclarar las metas de su terapia.

Nombre del Paciente: _____ Date: _____

☐ Si ☐ No Alguna vez ha sido atendido por un siquiatra?

☐ Si ☐ No Alguna vez fue hospitalizado por causa mental o dependencia de sustancias químicas?

☐ Si ☐ No Ha visto a otro terapeuta en los últimos 24 meses?

Si respondió que sí, a quien vio? _____

☐ Si ☐ No Alguna vez ha atentado contra su vida?

Si respondió que sí, cuando? _____

Brevemente describa las razones por las cual busca consejería: _____

Qué tipo de cosas ha probado hasta ahora para tratar su situación? _____

Ponga el número que corresponda con cada cuestión a continuación: (califique las que apliquen)

NUNCA	1	2	RARAMENTE	3	4	A VECES	5	6	7	SEGUIDO	8	9	SIEMPRE	10
-------	---	---	-----------	---	---	---------	---	---	---	---------	---	---	---------	----

___ Abuso-físico	___ Abuse – sexual	___ Abuse – emocional
___ Abuse – negligencia	___ Agresión, violencia	___ Uso de alcohol
___ Enojo, hostilidad, irritabilidad	___ Ansiedad, nerviosismo	___ Atención, distracción
___ Preocupaciones de formación	___ Co-dependencia	___ Confusión
___ Compulsiones	___ Crueldad hacia los animales	___ Llanto, tristeza
___ Custodia de los niños	___ Toma de decisiones, indecision	___ Delirios, falsas ideas
___ Depresión	___ Divorcio, separación	___ Uso de drogas prescritas
___ Uso de drogas ilegales	___ Problemas alimenticios	___ Problemas financieros
___ Problemas de juego	___ Duelo	___ Metas
___ Culpa	___ Dolores de cabeza	___ Impulsividad
___ Juicio, criterio	___ Perdida de control	___ Matrimonio/pareja
___ Problemas de memoria	___ Menstruales, PMS, menopausia	___ Cambios de humor
___ Obsesión	___ Ataques de pánico/ansiedad	___ Educación de los hijos
___ PTSD	___ Problemas escolares	___ Auto-estima
___ Cuestiones sexuales	___ Problemas de sueño	___ Estrés
___ Pensamientos suicidas	___ Uso de tabaco	___ Temperamento/baja tolerancia
___ Pensamientos desorganizados	___ Problemas laborales	

Otro: _____

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

☐Si ☐No A ser si, quien?_____ Cuando? _____ Relación: _____

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

☐Si ☐No A ser si, quien?_____ Cuando? _____ Relación: _____

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: _____
