



Cuestionario De Pre-Ingreso

Por favor, proporcione la siguiente información para nuestros registros. Deje en blanco cualquier pregunta que prefiera no contestar. La información que usted proporcione aquí es mantenida a los mismos niveles de confidencialidad que la terapia que brindamos. Por favor, traiga este formulario a su primera sesión o permítase 15 a 30 minutos antes de su cita para completar el formulario en la oficina. Si el cliente es menor de 12 años este formulario debe ser llenado por los padres del cliente o el tutor. Si el cliente tiene más de 12 este formulario puede ser llenado por el cliente con la ayuda del padre/tutor si así lo desea, o también puede ser llenado únicamente por el padre/tutor.

Fecha de Hoy: ___ / ___ / ___
Mes Día Año

Información de contacto del cliente	
Fecha de nacimiento: <small>Mes Día Año</small> ___ / ___ / ___	Es este un caso de DCFS? Si lo es, por favor denos el número de caso _____
Nombre: _____ Apellido: _____	
Genero del cliente: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección del cliente: _____ Ciudad: _____	
Estado: _____ Código Postal: _____	
Número de teléfono (Hogar): (___) _____ - _____ Podemos dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otro número de teléfono: (___) _____ - _____ Podemos dejar mensajes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Qué hora es más apropiada para dejar un mensaje? _____	
Seguro Medico	Contacto De Emergencia
Tiene el cliente, o usted, seguro médico privado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>(Nota: Solo aceptamos PPO.)</small> Si respondió "Si" por favor especifique: Compañía aseguradora: _____ Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: ___ / ___ / ___ Por favor, traiga su tarjeta de seguro médico para que así podamos hacer una copia. Si el cliente tiene la tarjeta Medicaid: Cuál es el número de ID #? _____ Encontrará este número en la parte trasera de la tarjeta. Encuentre su nombre, o el del niño, justo al lado vera "ID#". Escriba acá este número. Por favor, traiga su tarjeta Medicaid a su cita para que podamos hacer una copia.	Nombre: _____ Relación con el cliente: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de casa: _____ Otro número telefónico: _____ Si la persona mencionada en esta sección no es el tutor legal una autorización para que podamos contactarla debe ser firmada. El terapeuta del cliente le ayudara con esto durante la primera cita.

Tratamiento requerido por la corte	Lenguaje del cliente	Lenguaje de los padres del cliente
Le ha pedido el tribunal de justicia al cliente que reciba tratamiento como parte de un procedimiento legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. Si respondió "Si", por favor de la información del oficial de probatoria o del oficial de libertad condicional. Nombre: _____ Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Inglés. <input type="checkbox"/> Español. <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés. <input type="checkbox"/> Español. <input type="checkbox"/> Otro: _____

Educación

Esta el cliente inscrito en la escuela? Si No Si respondió si, cual es el nivel más alto de educación alcanzado? _____ A qué escuela va? _____

Tiene el cliente historia de problemas académicos y del comportamiento en la escuela? Especifique: _____

Por favor, especifique si actualmente el cliente está teniendo alguno de estos problemas en la escuela:

<input type="checkbox"/> Discutiendo con profesores.	<input type="checkbox"/> Bajas calificaciones.	<input type="checkbox"/> Intimida a otros o está siendo intimidado.
<input type="checkbox"/> No quiere ir a la escuela.	<input type="checkbox"/> Verbalmente o físicamente agresivo/a.	<input type="checkbox"/> Problemas de atención
<input type="checkbox"/> Hiperactividad.	<input type="checkbox"/> Va a clase tarde.	<input type="checkbox"/> Es suspendido frecuentemente.
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Si eligió otro, por favor especifique: _____

Si usted es el tutor legal, nos autoriza a que contactemos a la escuela? Si No

Historia De Salud Mental

Ha recibido terapias el cliente en el pasado? Si No Si respondió "si", cuantas veces y dónde? _____

Que le gusto, y que no le gusto, de las experiencias de consejería del cliente en el pasado? _____

Ha sido el cliente hospitalizado en el pasado por problemas psiquiátricos? Si No Cuantas veces y por qué razones? _____

Esta el cliente tomando medicamentos para problemas emocionales o de comportamiento? (Incluyendo medicamentos que se toman del mostrador) Si No ***Si respondió "Si" por favor especifique:***

Nombre	Dosis	Frecuencia	
1. _____	_____	_____	En una escala de 1 a 10, 10 siendo "muy cumplido", Cómo calificaría el cumplimento del cliente con estos medicamentos? _____
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
4. _____	_____	_____	

Tiene el cliente un psiquiatra? Si No Nombre: _____ Teléfono: _____

Si usted es el tutor legal, nos autoriza a contactar este doctor? Si No

Si el cliente no está tomando medicamentos para problemas emocionales o del comportamiento, está dispuesto a discutir esta opción? Si. No.

Aparte del cliente, hay alguien más en la familia experimentado dificultades en este momento? _____

Historia Médica

Tiene el cliente en la actualidad alguna enfermedad o problema médico que le estén afectando su funcionamiento?
 Si. No. Si respondió si, por favor especifique: _____

Ha tenido el cliente en el pasado enfermedades o condiciones médicas importantes? Si No. Especifique: _____

Esta el cliente tomando medicamentos para problemas médicos? (Incluidos los que se toman del mostrador?) Si No *Si respondió "Si" por favor especifique:*

	Nombre	Dosis	Frecuencia
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

En una escala de 1 a 10, 10 siendo "muy cumplido",
Cómo calificaría el cumplimiento del cliente con estos medicamentos?

Tiene el cliente un doctor primario que vea regularmente?

Si No Nombre: _____
Número de teléfono: _____

Si usted es el tutor legal del cliente, nos autoriza a que contactemos este doctor? Si No

Alojamiento del cliente

- El cliente vive actualmente con por lo menos uno de los padres biológicos.
- El cliente está en custodia compartida con padres biológicos o padrastros. *Si el cliente está en custodia compartida, están ambos, padre y madre, de acuerdo con que el cliente reciba terapia?* Si No
- El cliente esta con padres adoptivos. Cuando fue el cliente adoptado? _____
- El cliente está siendo acogido por familia temporal. Nombre del padre: _____
- El cliente está viviendo en una residencia con personas desconocidas. Nombre de la residencia: _____
- El cliente vive en otro lugar: _____

Quien vive en la actualidad con el cliente?

Nombre	Relación	Edad	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

Información de los padres:

Padre Casado Divorciado Separado Viudo Nunca se ha casado
Nombre completo: _____ **Edad:** _____
Nivel más alto de educación _____ **Ocupación:** _____
Número de teléfono: _____

Madre Casada Divorciada Separada Viuda Nunca se ha casado
Nombre completo: _____ **Edad:** _____
Nivel más alto de educación _____ **Ocupación:** _____
Número de teléfono: _____

Razones por las que están buscando tratamiento en este momento

Emociones

- Pensamientos o comportamientos suicidas.
- Depresión/Tristeza.
- Desesperación.
- Pensamientos de inutilidad.
- Irritabilidad / Enojo.
- Cambios drásticos de humor.
- Tendencia a aislarse.
- Llora frecuentemente.
- Ha perdido el interés en muchas cosas.
- Está durmiendo mucho / o muy poco.
- Tiene ataques de enojo.
- No tiene apetito / o come mucho.
- Ha ganado o perdido mucho peso.
- Tiene fatiga, pérdida de energía.
- Tiene pensamiento acelerado.
- Se corta algunas partes del cuerpo.
- Es demasiado sensible.
- Es impulsivo/a.
- Tiene dificultades concentrándose.
- Baja autoestima.
- Miedos excesivos.
- Se le vienen a la cabeza repentinamente imágenes de situaciones traumáticas.
- Se preocupa demasiado.
- Evita ciertos lugares, personas o situaciones.
- Le da pánico, dificultades para respirar y palpitaciones de corazón fuertes, suda.
- Pesadillas.
- No quiere ir a la escuela.
- Se le vienen a la cabeza pensamientos o imágenes que quiere desechar.
- Se lava las manos demasiadas veces.
- Obsesión con la limpieza y el orden.
- Tiene miedo de los lugares abiertos o cerrados.
- Es muy reservado, no le gusta hablar de sus pensamientos y emociones.
- Otra: _____

Comportamientos

- Les responde mal a los padres y profesores.
- No quiere hacer lo que padres o profesores le piden.
- Es muy mandón.
- Amenaza o intimida a otros.
- Deliberadamente molesta a otros.
- Le echa la culpa a otros por sus propios errores o comportamiento.
- Ataca a otras personas o propiedad de otros.
- No tiene remordimiento o culpa.
- Manipula a otros.
- No acepta las consecuencias por su comportamiento.
- Comienza peleas con otras personas.
- Ha sido cruel con animales.
- Le gusta engañar o robar.
- Viola la hora de llegada a casa.
- No está yendo a la escuela
- Dice mentiras.
- Enciende fuegos.
- Hace cosas peligrosas.
- Se escapa de la casa.
- Usa drogas o alcohol.
- Puede estar envuelto con gangas.
- No quiere aceptar que hay un problema o que haya algo que cambiar.

Problemas académicos y de atención

- Sus calificaciones han bajado.
- No se puede quedar quieto. Tiene mucha energía.
- Tiene dificultades poniendo atención.
- Se distrae fácilmente.
- No completa sus tareas de la escuela.
- Tiene dificultades organizando sus cosas y actividades.
- Pierde las cosas que son necesarias para sus actividades.
- Da respuestas afanadamente.
- Se levanta de su asiento en clase.
- No puede esperar por su turno.

Razones por las que están buscando tratamiento en este momento

Otros problemas/dificultades

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas legales. Las terapias son requeridas. <input type="checkbox"/> Ve u oye cosas que nadie más puede. <input type="checkbox"/> Tiene problemas de lenguaje. <input type="checkbox"/> Tiene problemas físicos que no pueden ser explicados por problemas médicos. <input type="checkbox"/> Come muy poco. Tiene problemas manteniendo un peso saludable. <input type="checkbox"/> Se preocupa bastante por su peso o imagen corporal. <input type="checkbox"/> Se fuerza a sí mismo a vomitar. <input type="checkbox"/> Ha sido víctima de abuso (Físico, emocional, sexual, etc). | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiene dificultades socializando. <input type="checkbox"/> Tiene una discapacidad intelectual. <input type="checkbox"/> Tiene un problema del desarrollo (Ejemplo, autismo). <input type="checkbox"/> Come cosas que no son comida (Jabón, pintura, lápices, etc). <input type="checkbox"/> Se orina en la cama o en la ropa. <input type="checkbox"/> Hace popo en lugares inadecuados (ropa, el suelo, etc). <input type="checkbox"/> Tiene preocupaciones con la sexualidad u orientación sexual. <input type="checkbox"/> Usa alcohol y drogas frecuentemente. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Por favor, especifique otras razones por las que está buscando tratamiento que no estén en esta lista: _____

Que cosas buenas ve en usted como padre o tutor y también que cosas buenas ve en el cliente?

Cuál es la disponibilidad del cliente para las citas?

Por favor, especifique que días y horas son más convenientes

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO

Tenemos Oficinas en dos ciudades diferentes, Elgin (1140 N. McLean Blvd) y Streamwood (1535 Burgundy Parkway). En cuál de estas oficinas desea recibir servicios?

- Oficina en Elgin Oficina en Streamwood

Como escucho de nuestra agencia?

MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.