

## C<sup>2</sup> Counseling Evaluación de la Ingesta

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (en caso de menores de 18 años): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Motivo de la Consejería (Preocupación Jefe): \_\_\_\_\_

Referido por (si existe): \_\_\_\_\_

¿Ha recibido previamente ningún tipo de servicios de salud mental (psicoterapia, servicios psiquiátricos, etc.)?  No  Sí

En caso afirmativo, terapeuta anterior/practicante: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento recetado?  No  Sí

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Le han recetado medicación psiquiátrica?  No  Sí

Por favor enumere y proporcionar fechas: \_\_\_\_\_

### GENERAL SALUD Y INFORMACION SOBRE SALUD MENTAL

1. ¿Cómo calificaría su salud física actual?

Pobre  Insatisfactorio  Satisfactorio  Buena  Muy Buena

Por favor escriba los problemas específicos de salud que está experimentando actualmente: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales?

Pobre  Insatisfactorio  Satisfactorio  Buena  Muy Buena

Por favor escriba los problemas específicos del sueño que está experimentando actualmente: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántas veces por semana es lo que generalmente hace ejercicio? \_\_\_\_\_

4. Por favor escriba cualquier dificultad que pueda tener con sus patrones de apetito o comer: \_\_\_\_\_

5. ¿Está experimentando abrumadora tristeza, dolor o depresión?  No  Sí

Si es así, por aproximadamente cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

6. ¿Está usted actualmente experimentando ansiedad, ataques de pánico, o tiene alguna fobia?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo comienza a experimentar esto? \_\_\_\_\_

7. ¿Está actualmente experimentando dolor crónico?  No  Sí

En caso afirmativo, por favor describa \_\_\_\_\_

8. ¿Bebe alcohol más de una vez a la semana?  No  Sí

9. ¿Con qué frecuencia se involucra en el uso de drogas recreativas?

Diario  Semanal  Mensual  Con poca frecuencia  Nunca

10. ¿Está usted actualmente en una relación romántica?  No  Sí

Si es así, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

En una escala de 1-10, ¿cómo calificaría su relación? \_\_\_\_\_

11. ¿Qué cambios de vida significativos o acontecimientos estresantes has experimentado recientemente: \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR DE SALUD MENTAL:

En la sección de abajo identificar si hay antecedentes familiares de cualquiera de lo siguiente. En caso afirmativo, indique la relación del miembro de la familia para que en el espacio proporcionado (padre, abuela, tío, etc.).

Por favor, circle y lista miembro de la familia

Alcohol / Abuso de Sustancias .....	si / no	_____
Ansiedad	sí / no	_____
Depresión .....	si / no	_____
Violencia Doméstica	si / no	_____
Trastornos de la alimentación .....	si / no	_____
La obesidad	sí / no	_____
Comportamiento compulsivo obsesivo .....	si / no	_____
Esquizofrenia	si / no	_____
Los intentos de suicidio .....	si / no	_____

### INFORMACIÓN ADICIONAL:

1. ¿Está usted empleado actualmente?  No  Sí

En caso afirmativo, ¿cuál es su situación laboral actual? \_\_\_\_\_

¿Le gusta su trabajo? ¿Hay algo estresante de su trabajo actual?

2. ¿Se considera usted que sea espiritual o religiosa?  No  Sí

En caso afirmativo, describa su fe o creencia: \_\_\_\_\_

3. ¿Qué considera usted que son algunos de sus puntos fuertes? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuáles considera que son algunas de sus debilidades? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué le gustaría lograr provecho de su tiempo en la terapia? \_\_\_\_\_