

Mary Lee Hill, MA, MS  
Terapista Familiar y Matrimonial  
Licencia #83383  
1650 Linda Vista Drive, Ste. 210  
Tel (760) 687-9883 Fax (760) 539-9883

## CUESTIONARIO INICIAL DEL PACIENTE

### General

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_

Tel. del trabajo \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Recomendado por \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nivel Educativo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nombres y edades de sus hijos \_\_\_\_\_

Datos en caso de emergencia \_\_\_\_\_

¿Cómo me puedo comunicar con usted? \_\_\_\_\_

### Información Financiera

Ingreso anual del hogar \_\_\_\_\_ ¿Qué es, propietario o alquiler? \_\_\_\_\_

¿Cómo piensa pagar por las sesiones de terapia, (en efectivo, cheque, crédito, o seguro de salud)? \_\_\_\_\_

Si piensa utilizar el seguro de salud:

Nombre de la compañía de salud \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Motivos de Preocupación

¿Cuáles son las causas o motivos por los que busca tratamiento? Describalos por favor.

---

---

---

¿Tiene metas específicas con respecto al tratamiento? \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Tiene miedos o preocupaciones particulares con respecto al tratamiento? \_\_\_\_\_

### **Historia Psicológica**

¿Ha recibido tratamiento de salud mental en el pasado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el enfoque del tratamiento? \_\_\_\_\_

Nombre, dirección, y teléfono del terapista \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna prueba psicológica en el pasado? \_\_\_\_\_

Si es así, quien se la administró; nombre, dirección y teléfono?

---

---

¿Alguna vez lo han hospitalizado por problemas mentales o emocionales? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Por qué fue hospitalizado? \_\_\_\_\_

Nombre, dirección, y teléfono del terapista o doctor que la/lo atendió \_\_\_\_\_

¿Actualmente está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_

¿Quién se lo recetó? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado medicamentos para alguna condición mental o emocional? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tratado de suicidarse? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Describa las circunstancias que lo llevaron a tal intento de suicidio.

---

---

¿Actualmente tiene pensamientos de suicidio? Por favor descríbalos. \_\_\_\_\_

---

---

Por favor describa su niñez. \_\_\_\_\_

¿Fue sujeto a abuso verbal, físico, emocional o sexual? Por favor describa. \_\_\_\_\_

---

---

¿Alguna vez ha sido víctima de violencia doméstica? Por favor describa. \_\_\_\_\_

---

---

### **Historia Médica**

¿Alguna vez le han diagnosticado una enfermedad seria? Por favor describa. \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar su tratamiento de salud mental? \_\_\_\_\_

Por favor describa su actual salud. \_\_\_\_\_

¿Está sufriendo síntomas médicos o físicos que atribuya a alguna condición mental, emocional o de estrés? Por favor describa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha participado en algún programa de los 12 Pasos? Por favor describa. \_\_\_\_\_

¿Fuma? \_\_\_\_\_

¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? \_\_\_\_\_

¿Cuánto alcohol consume semanalmente? \_\_\_\_\_

¿Actualmente, usa drogas ilegales? Por favor describa. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado drogas ilegales? Por favor describa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Historia de su Familia de Origen**

Nombre de su madre, edad, vive/o ya falleció, su edad cuando su madre falleció, describa su relación con su madre. \_\_\_\_\_

Nombre de su padre, edad, vive/o ya falleció, su edad cuando su padre falleció, describa su relación con su padre. \_\_\_\_\_

Nombres y edades de hermanos y hermanas. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Información Adicional**

Describa su identidad espiritual. \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus intereses o aficiones? \_\_\_\_\_

¿Ha sido demandado o ha demandado a alguien? \_\_\_\_\_

Por favor describa. \_\_\_\_\_

Si hay algo que no se haya preguntado y usted lo considere importante para el tratamiento de su salud mental, por favor menciónelo a continuación. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_