

HISTORIA PERSONAL ADULTO

(Rev. 8-14)

El propósito de este cuestionario es obtener una visión integral de su fondo para salvarte a ti y a tu consejera tiempo. Por favor sea completa y precisa. Este material es personal y se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley. Nadie, ni a su pariente más cercano o médico de familia, está permitido verlo sin su permiso por escrito. *Favor de escribir claramente.*

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: ____ Raza: ____ Situación de vida (ciudad, granja, casa o apartamento, etc.): _____

¿Cómo elegiste Oasis? _____ Empleador/escuela: _____

Por favor indique quién vive en su hogar:

Persona y relación	Edad	Persona y relación	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EL PROBLEMA PRESENTADO

Por favor explique por qué decidiste conseguir consejería en este momento: _____

Describa cómo estas cuestiones han afectado su capacidad de funcionar (en casa, en la escuela o en el trabajo):

Círculo cualquiera de los siguientes que se aplican a usted y la **tasa de** la intensidad de los síntomas en una escala de 1 a 5 (siendo 1 muy suave y 5 siendo intenso).

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Sentir preocupado ____ | Sentir deprimido ____ | Vigilar demasiado ____ | Comportamiento agresivo ____ |
| Falta de tranquilidad ____ | Falta de interés ____ | Fácilmente asustado ____ | No puede controlar enojo ____ |
| Siento pánico ____ | Problemas para dormir ____ | Habla mas que normal ____ | Reacciones impulsivos ____ |
| Ansiedad ____ | Cansado ____ | Se destruye fácilmente ____ | Oye voces extraños ____ |
| Sin valor ____ | Molestado ____ | No puede hacer amigos ____ | Sensaciones raros ____ |
| Fácilmente cansado ____ | Pensamientos de suicidarse ____ | No puede mantener empleo ____ | Auto-estima baja ____ |
| Pensamientos obsesivos ____ | Intento de suicidarse ____ | Ver cosas extrañas ____ | Pesadillas ____ |
| Pérdida de control ____ | Sentir sin esperanza ____ | Procrastinar ____ | Sentir no conectado ____ |
| Impulsos que no puede resistir ____ | Períodos de llorar ____ | Culpa ____ | Comportamiento raro ____ |

Describe lo siguiente:

	Demasiado	Está bien	No suficiente	Explique si esto ha cambiado en los últimos semanas o meses.
Apetito	_____	_____	_____	_____
Concentrarse	_____	_____	_____	_____
Dormir	_____	_____	_____	_____

Otros síntomas o factores de estrés (ejemplo: física/médica, social, familiar, laboral, financiera): _____

¿Qué te gustaría lograr a través de la consejería? _____

¿Cómo sabrá cuando esté listo para terminar? ¿Qué cambiará? _____

HISTORIA SOCIAL

Por favor **círculo** las palabras que desea utilizar para describir a ti mismo cuando estabas creciendo:

Querido	No querido	Feliz	Infeliz	Especial	Insignificante	Diferente	Solitario
Activo	Temerario	Temeroso	Triste	Atlético	Ecuánime	Tímido	Torpe
Gordo	Delgado	Saliente	Retirado	Gracioso	Popular	Usado	Tratando de agradar

Describe tu vida social como un niño y un adolescente, en cuanto a sus amistades y actividades: _____

Describe cualquier anteriores relaciones significativas y explicar por qué terminaron (noviasgo, comprometida o casada): _____

Si ha experimentado cualquiera de los siguientes, favor de **circular** y **explicar**: impotencia aborto infidelidad

cambio frecuente de parejas sexuales enfermedad venérea experiencias homosexuales pornografía

Favor de dar una historia de empleos, incluyendo posiciones: _____

Describe cualquier pasatiempos, deportes, trabajo voluntario o intereses que disfrute: _____

ESPIRITUAL

¿Crees en Dios? En caso afirmativo, sírvase explicar su creencia, incluyendo cómo esta creencia es importante en su vida diaria y cómo llegó a tener esta creencia: _____

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aplican a usted?

- Tengo preocupaciones por tener religión impuesta a mí.
- Me siento incómodo hablando de temas espirituales en mis sesiones de consejería.
- Yo no creo en Dios.
- Estoy interesada en conocer a Dios, pero parece estar lejos de mí.
- Estoy interesado en encontrar un hogar iglesia.
- Dios es una parte importante de mi vida.
- Voy a la iglesia y leo la Biblia regularmente.
- Tengo una relación personal con Jesucristo.
- Veo a Dios como una parte importante del proceso de curación y estoy abierto al uso de recursos espirituales en la terapia.

Por favor identifique el fondo/denominación de la iglesia que mejor lo describe actualmente. Si es diferente a la que experimentó como un niño, por favor indicar esto también. _____

HISTORIA FAMILIAR

¿Te criaron tus padres biológicos? Sí ____ No ____ si no, ¿quién te crió y por qué? _____

Si es relevante, ¿cuántos años tenías cuando tus padres separaron o divorciaron? ¿Por qué lo hicieron? _____

(o: N/A)

Describe su relación con su madre o madrastra (o ambos): _____

Describe su relación con su padre o padrastro (o ambos): _____

Si tus padres abusaron de drogas o alcohol o tenían otros problemas importantes, por favor describa: _____

¿Cuántas veces te mudaste durante tus años de crecer? ____ Explicar cómo te ha afectado estos movimientos: _____

¿Cuántos hermanos tienes? ____ ¿Qué número está en el orden de nacimiento? ____ ¿Cuál fue tu relación con tus hermanos? _____

Si usted alguna vez ha vivido en un hogar adoptivo, hogar grupo o cualquier tipo de institución, por favor explique: _____

Describir cualquier eventos significativos durante su niñez: _____

RELACIONES CONYUGALES O ÍNTIMAS

¿Está actualmente involucrado en una relación significativa? Sí No

Círculo uno: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Consigno

Nombre del cónyuge/pareja/significativo otro: _____. ¿Cuánto tiempo lleváis juntos? _____

¿Cómo describirías tu relación con tu cónyuge/otro significativo: (marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> conectado	<input type="checkbox"/> la razón para que estoy aquí
<input type="checkbox"/> tiene buena comunicación	<input type="checkbox"/> abusivo
<input type="checkbox"/> basado en valores compartidos	<input type="checkbox"/> sin límites
<input type="checkbox"/> difícil	<input type="checkbox"/> saludable y cumplimiento
<input type="checkbox"/> lleno de conflictos	<input type="checkbox"/> arriba y abajo
<input type="checkbox"/> espiritual	<input type="checkbox"/> miedoso
<input type="checkbox"/> necesidad de trabajo	<input type="checkbox"/> fiel
<input type="checkbox"/> una fuente de problemas para mí	<input type="checkbox"/> sin fidelidad
<input type="checkbox"/> satisfactorio mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/> respetoso
<input type="checkbox"/> casi no satisfactorio	<input type="checkbox"/> muchos problemas de la crianza de los hijos
<input type="checkbox"/> una fuente de alegría para mí	<input type="checkbox"/> falta de intimidad
<input type="checkbox"/> ojalá que pudiera cambiar algo	<input type="checkbox"/> un montón de problemas con la familia extendida

Otros: _____

Si están casados, describir lo que sentía su noviazgo o relación amorosa. (Seleccione todas las que apliquen).

demasiado largo demasiado corto mucha diversión no estable demasiado prisa
 compartimos muchos intereses comunes ¿Qué cortejo?
 no preparamos para el matrimonio suficiente un tiempo para prepararse para el matrimonio

De los siguientes características y atributos, ¿qué te atrajo a tu pareja? (Seleccione todas las que apliquen).

como se ve personalidad valores compartidos fe en Dios que compartimos
 intereses comunes de diversión y aventura inteligencia bondado y cuidado
 puntos de vista similares de cómo educar niños antecedentes familiares similares

Si usted está actualmente involucrado en cualquier *otras* relaciones significativas/íntimo, por favor explique:

¿Cómo ha cambiado con el tiempo su relación con su cónyuge/pareja? _____

Describir si su cónyuge/pareja te apoya para recibir terapia: _____

Si necesita ayuda para resolver conflictos o resentimientos entre usted y otra persona, por favor explique: _____

HISTORIA DE LA SALUD MENTAL

Si alguna vez han sido hospitalizados por razones psiquiátricas, por favor describa cuándo (incluyendo fechas), dónde y por qué: _____

Si usted ha estado en terapia antes, por favor, describa por qué, cuándo (incluyendo fechas), con quién y por cuánto tiempo: _____

¿Qué tan efectivo fue el tratamiento anterior? _____

HISTORIA ACADÉMICA E INTELECTUAL

Nivel de educación alcanzado (marque el uno más alto.)

Escuela primaria _____

Escuela intermedia _____

Diploma de escuela secundaria _____

Asociado Diploma – área de estudio: _____

Licenciatura – área de estudio: _____

Máster – área de estudio: _____

Doctorado – área de estudio: _____

Otro requisito – área de estudio: _____

Describa cualquier problema de conducta en la escuela: _____

Si alguna vez fue expulsado o suspendido de la escuela, explique por qué: _____

Describa cualquier discapacidad o luchas que había en la escuela: _____

¿Cuáles fueron tus calificaciones? _____

HISTORIAL MÉDICO

Fecha del último examen físico (aproximado): _____

Nombre y dirección del médico: _____ (si ninguno, N/A)

¿Le da permiso a Oasis Counseling contactar su médico para coordinar su tratamiento? _____

En caso afirmativo, se le pedirá que firme un formulario de liberación de información.

Si no, firme aquí, indicando que no desea que Oasis tenga contacto con el médico: _____

Liste cualquier hospitalizaciones médicos y la razón de las hospitalizaciones: _____

Liste enfermedades de la infancia que experimentó: _____

Liste problemas médicos actuales y las enfermedades que está experimentando: _____

Describa cómo cualquiera de los anteriores desafíos físicos han impactado su vida: _____

MEDICAMENTOS Y DOSIS

Liste medicamentos (incluyendo medicamentos de venta libre) actualmente está tomando o ha tomado en los últimos 6 meses.

Medicamento	Dosis (m.g., veces por día)	Fecha comenzó el medicamento	Fecha terminó

Liste cualquier alergia o reacciones adversas que han tenido con medicamentos: _____

HISTORIA DEL DERECHO

Si alguna vez ha sido arrestado, detenido o condenado, por favor describe, liste el año (s) y dile la consecuencia:

Descripción	Año	Consecuencia

ANTECEDENTES DE

Si usted alguna vez ha sido el autor de cualquier tipo de abuso o violencia, por favor describe: _____

PROBLEMAS DE VÍCTIMA

Por favor, cualquiera de los siguientes ha experimentado **círculo:** intento de suicidarse preocupación suicida
autoagresión deliberada otros abusos sexuales comportamientos de alto riesgo abuso físico
abusar de otra forma observando la violencia negligencia

Por favor explicar algo que en un círculo: _____

HISTORIA DEL USO Y ABUSO DE SUSTANCIA

¿Alguien en su familia ha usado o abusado de drogas o alcohol? ____ En caso afirmativo, por favor explique: _

Si usted ha utilizado alguno de los siguientes medicamentos, por favor rellene la información solicitada en esta tabla:

	Cafeína	Tabaco	Alcohol	Mariguana	Metham- phetamine	Cocaína	Abuso de pastillas	Otros (especificar)
Cantidad típica / Frecuencia								
Cómo se usa <i>(oral, nasal, humo, IV, otro [especificar])</i>								
Edad/fecha de primer uso								
Edad/fecha de último uso								

LAS DEBILIDADES Y FORTALEZAS PERSONALES

Por favor describa cualquier fortaleza personal, talento, destreza, habilidad o logro: _____

Por favor describa cualquier debilidad personal y necesidad que ud. tiene: _____

Describa alguna preferencia para terapia (lengua, estilo, enfoque de aprendizaje): _____

LAS AYUDAS Y ACCESO DE LA COMUNIDAD

Por favor indique cualquier miembros de la familia, amigos, u otros que usted puede pedir ayuda o hablar cuando necesita ayuda.

ACCESO COMUNITARIO / SOCIAL ADMITE

--Por favor, ponga una "X" junto a cualquiera de los siguientes soportes de comunidad con la que usted está **actualmente** involucrado.

--En el espacio provisto, sírvase indicar el **nombre** de la persona con quien usted está trabajando, si es aplicable. Si te **gustaría** estar involucrado con un determinado servicio y soporte que aparece aquí, por favor indique que en la línea provista. (Esto ayuda con la planificación de la transición y ayuda a su consejera coordinar el traiento con otros profesionales para proporcionar una atención constante. Su consejera **no** puede contactar cualquiera de estos individuos sin su permiso por escrito.)

- Servicios jurídicos (abogado) ____
- Misión de rescate de Norfolk (vivienda crisis) ____
- Servicios de corrección (oficial de libertad condicional o libertad condicional) ____
- Iglesia local (pastor/sacerdote) ____
- HHS case manager _____
- Libertad centro (vida y/o día servicios para problemas de salud mental para adultos)
- Rehabilitación vocacional de (asistencia de empleo)
- Empleo (trabajo habilidad sombreado y apoyo) ____
- Servicios financieros (presupuesto y deuda consejería) ____
- Bright Horizons (refugio de violencia doméstica y apoyo) ____
- Alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos ____
- Al-Anon (soporte para familiares y amigos de alcohólicos) ____
- Comunidad apoyo (apoyo/transporte para tratamiento de salud o abuso mental) ____
- Apoyo familiar (educación y visitas supervisadas) ____
- Colaboradores del programa profesional ____ (planificación de domicilio por problemas de comportamiento del niño/adolescente)
- Parent to Parent Network (apoyo a los padres mentores y pares) ____
- Asistencia de Vivienda HUD u otros
- De discapacidades del desarrollo servicios (Envisions, etc.).
- Crisis hotline _____
- Medicación gestión (psiquiatra o APRN) ____
- Pruebas psicológicas
- Programa I.O.P. (adolescente o adulta terapia intensiva por abuso de sustancias)
- Comunidad clínica (ingreso bajo atención médica) ____
- Servicios de recreación (la Y, u otras instalaciones de ejercicio) ____
- Grupo de apoyo _____
- Física/ocupacional/logopedia
- Tratamiento residencial (casa de grupo de reinserción)
- Centro de tratamiento de rehabilitación
- Servicios de dietética (nutricionista) ____
- Servicios de Educación (tutorías, programa extraescolar) ____
- Tutoría programa (tramas, compañeros de equipo, Big Brother Big Sister) ____
- Otros servicios _____

¿Usted está interesado en aprender sobre Las directivas anticipadas? Estos son acuerdos, generalmente legal en la naturaleza, que uno puede hacer para proveer para el bienestar que uno debe ser incapacitado o en caso de muerte. Oasis tiene información sobre algunas de estas opciones. **Por favor, indique aquí si usted está interesado en aprender acerca de estas opciones.** Sí ____ No ____ *si eliges "No", por favor firme y feche aquí:*

Firma

Fecha

Con mi **firma** y **fecha**, estoy de acuerdo que la información en esta historia es fiel a lo mejor de mi conocimiento:

Firma: _____ Fecha: _____ Gracias por su tiempo y esfuerzo.

