

APLICACIÓN PARA SERVICIO - PARA ADULTO

El propósito de esta aplicación es de obtener un retrato ancho de sus raíces. En la psicoterapia o aconsejar, los registros son necesarios desde que ellos permiten que un más completo tratamiento con sus problemas. Completando estas respuestas, tan completamente y tan exactamente como usted puede, usted facilitará su propio terapia/conserjería. Usted es solicitado para contestar estas preguntas rutinarias en su propio tiempo, así que podemos hacer mejor uso de su tiempo verdadero de terapia/conserjería. Es entendible que usted quizás se preocupe por lo que sucede a la información acerca de usted porque mucho o toda la información es sumamente personal. Los registros del caso son estrictamente confidenciales y son protegidos como especificado por la ley.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	
Dirección	Ciudad	Estado	Zipcode
Teléfono/Celular	Teléfono de negocio/Buscapersonas	Numero Social	
Personas que viven con usted: _____			
La persona para notificar en caso de una emergencia: _____			
	Nombre	Relación	
Teléfono	Teléfono de negocio	Buscapersonas/Celular	

HISTORIA PROFESIONAL

Posición: ___ Tiempo completo empleado ___ Jubilado ___ Sin Empleo
 ___ Tiempo empleado de parcial ___ Estudiante

Años de la educación: _____ Grado más alto _____ Instrucción especial _____

Empleado actual: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Posición/Departamento: _____ Fecha empleado: _____

Satisfacción laboral (verifique uno): ___ Alto ___ Medio ___ Bajo

Desempeño de trabajo (verifique uno): ___ Encima de satisfactorio ___ Satisfactorio ___ Debajo de satisfactorio

HISTORIA MILITAR

¿Ha servido usted en el ejército? ___ Si ___ No

¿Si eso es el caso, en cuál rama del servicio?: _____ Grado: _____

Posición de deber: ___ Activo ___ Inactivo ___ Reservado ___ Jubilado

La longitud del servicio: De _____ A _____ Tipo de Despedida: _____

(For EAP use)	clinam: <input type="checkbox"/>	QD: <input type="checkbox"/>
Itk: _____	clinum: <input type="checkbox"/>	UR: <input type="checkbox"/>
RI: _____	clialph: <input type="checkbox"/>	CF: <input type="checkbox"/>

¿Ha tenido problemas con la ley? ___ Si ___ No

Liste el arresto (arrestos) y la fecha (fechas) previo: _____

Liste la Convicción (convicciones) y la fecha (fechas) previa: _____

Liste el cargo (o cargos) pendiente: _____

ESTADO CIVIL E HISTORIA

La Posición (verifica uno): ___ Solo ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado

 ___ Vuelto a casar ___ Enviudado ___ Viviendo Juntos

Fecha: _____

SI CASADO: _____

Nombre de esposo/a

Deed de esposo/a

La fecha de casamiento

Ocupación de esposo y departamento

Años de la educación

Grado más alto

Describa su relación con su esposo: _____

La satisfacción general con el casamiento: ___ Alto ___ Mediano ___ Bajo

Casamientos previos: De _____ A _____ Nombre _____

De _____ A _____ Nombre _____

Si usted tiene niños, dé sus nombres y las edades (si no viven con usted, indique donde ellos residen).

Describa su relación con cada uno de sus niños: _____

Explique cualquier asuntos de la custodia: _____

HISTORIA DE PSYCHOSOCIAL

Nombre de madre _____ Edad _____ Nivel de educación _____

Ocupación: _____ Si difunto, año y causa de la muerte _____

Nombre de padre _____ Edad _____ Nivel de educación _____

Ocupación: _____ Si difunto, año y causa de la muerte _____

Describa su relación con sus padres: _____

Si usted tiene hermanos o a hermanas, dé sus nombres y las edades; si difunto, da por favor la edad en el tiempo de la muerte y la causa de la muerte. _____

Describe su relación con cada uno de sus hermanos: _____

La FAMILIA la HISTORIA MEDICA: desde que muchas dificultades psicológicas pueden ser influidas por el ambiente de la familia o la genética, indican por favor psicológico, la alcohol/droga, las tentativas del suicidio, o dificultades médicas experimentadas por otros miembros de su familia:

Padre _____

Madre _____

Hermanos _____

Niños _____

Tías/Tíos _____

Abuelos _____

INFORMACION DE REFERENCIA

¿Fue referido usted por alguien? ___ Si ___ No ¿Si sí, quién? _____

Indique por favor por qué usted solicita los servicios y el tipo de dificultades que usted experimenta.

¿Cuándo empezaron sus dificultades? _____

¿Cuán grave considera usted sus dificultades? _____

HISTORIA MEDICA

El nombre del medico: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico _____

Valore su salud general: ___ Excelente ___ Muy bueno ___ Bueno ___ Justo ___ Pobre ___ Muy pobre

¿Tiene usted alergias? Si ___ No ___ ¿Si sí, qué? _____

Indique cualquier y todas medicinas y las dosis que usted ahora toma.

Medicina	Dosis	La fecha del comienzo	El medico
----------	-------	-----------------------	-----------

De lista de todos las enfermedades/condiciones actuales.

La enfermedad/condición que trata	M.D.	Tratamiento
-----------------------------------	------	-------------

¿Fuma usted o masca tabaco? ___Si ___No Si sí que tanto por día _____
¿Usted bebe alcohol? ___Si ___No
¿Si eso es el caso, cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
¿Utiliza usted las medicinas ilícitas de drogas o abuso? ___Si ___No ¿Si eso es el caso, cuál? _____
¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

TRATAMIENTO PSICOLOGICO/PSIQUIATRICO PREVIO

DENTRO de HOSPITAL O CLINICA

<u>Hospital</u>	<u>Fecha</u>	<u>Causa</u>	<u>Resultado</u>
-----------------	--------------	--------------	------------------

TRATAMIENTO de PACIENTE EXTERNO (en clínica, o medico privado)

<u>Nombre de Terapeuta</u>	<u>Fecha</u>	<u>Causa</u>	<u>Resultado</u>
----------------------------	--------------	--------------	------------------

MEDICINAS PREVIAS

<u>Medicina/Dosis</u>	<u>Fecha</u>	<u>Causa</u>	<u>Resultado</u>
-----------------------	--------------	--------------	------------------

Si usted tiene una preferencia religiosa, indica por favor: _____

¿Qué es su pasatiempo/recreación a seguir? _____

Describa su red personal o grupo personal de apoyo). _____

Para obtener un retrato repleto y completo de todas las cosas que pueden ser de concierne a usted, completa por favor la lista de verificación siguiente.

VERIFIQUE cualquiera de las cajas del siguiente concierne que aplica a usted y valora su severidad en el blanco en el derecho, utilizando la escala siguiente:

- 1 = Penando Ligeramente
- 2 = Moderado
- 3 = Grave
- 4 = Severo
- 5 = Muy penando severamente

El ejemplo: 3 Énfasis Marital 3

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Í Énfasis Marital ___ | Í Sentimiento Suicida ___ | Í Estómago disgustado ___ |
| Í Otros Problemas de Familia ___ | Í Sentimiento Sin Valor _____ | Í Suda ___ |
| Í Otros Problemas de Relación ___ | Í La Falta del Interés/Placer ___ | Í Aturdido/mareado ___ |
| Í Problemas en el trabajo/escuela ___ | Í Demasiadas Drogas ___ | Í Preocupe demasiado ___ |
| Í Problemas de salud ___ | Í Demasiado Alcohol ___ | Í Demasiados miedos ___ |
| Í Problemas Financieros ___ | Í Se Siente Negativo Acerca del Futuro ___ | Í Sentimiento culpable ___ |
| Í Problemas Legales ___ | Í Hacerse Amigos Duramente ___ | Í Sentimiento enojado/frustrado ___ |
| Í Triste/Deprimido ___ | Í Sentimiento Solitario ___ | Í Pesadillas ___ |
| Í La Pérdida del Apetito ___ | Í Problemas sexuales ___ | Í Siéntase ignorado/abandonado ___ |
| Í La Pérdida del Peso ___ | Í Menos energía que usual ___ | Í Aflija demasiado ___ |
| Í La Ganancia del Peso ___ | Í Más energía que usual ___ | Í Confuso ___ |
| Í Dificultad Durmiendo ___ | Í Muy hablador ___ | Í Ríase sin la razón ___ |
| Í Dificultad Concentrando ___ | Í Inquieto/no puede sentarse todavía ___ | Í Problemas de memoria ___ |
| Í Cambio Rápido de Humors ___ | Í Nervioso/Tenso ___ | Í Ve/oye cosas extrañas ___ |
| Í La Morada en Problemas ___ | Í Lleno de pánico ___ | Í Confiar duramente cualquiera ___ |
| Í Problemas Respirando ___ | Í Inestable/Temblor ___ | Í Caliente o las rachas de frío ___ |
| Í Problemas controlando
mi cólera o impulsos ___ | Í Sentir los otros están fuera
obtenerme ___ | Í Mirado/hablado por
otros ___ |
| Í Problemas que Controlan
Mis Pensamientos ___ | Í Otra _____ | Í Otra _____ |

Liste cualquier otros comentarios o ideas que usted tiene que puede ser utilizado al curso de su terapia:

Firma

Fecha

EI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LOS SERVICIOS

Esto reconocerá y certificará que en la fecha notada abajo, yo solicité los servicios del Programa de Ayuda de Empleado. Entiendo que un plan del programa del tratamiento se aplicará para encontrar las metas que han sido desarrolladas colectivamente por mi mismo y por mi consejero/terapeuta.

Entiendo aún más que mis registros son confidenciales y son protegidos por la ley. En la mayoría de los casos, ellos no pueden ser liberados sin mi consentimiento escrito previo. He sido informado que hay alguna confidencialidad limitada de excepciones incluyendo, pero no limitado a cuando (un) una situación de vida-amenazando existe (el suicidio ni el homicidio); (b) hay una sospecha fuerte de ocurrir de abuso de niño en el hogar; (c) yo soy implicado en un criminal que avanza como un acusado, la víctima o el testigo.

Reconozco que de manera para mí lograr las metas del tratamiento que he escogido para mi mismo, serán mi responsabilidad de tomar parte activamente y cooperar con el proceso del tratamiento. Si yo no soy de acuerdo con cualquier aspecto del proceso, yo se lo traeré a la atención de mi consejero/terapeuta. Entiendo que soy libre retirar del tratamiento a cualquier tiempo.

Fecha

La firma de Cliente/Padre/Guardián Legal

Fecha

La firma de Testigo