



# Clarissa I. Kuhns, Ph.D., LSSP

Licensed Psychologist  
7019 W. Village Blvd. Ste. 201  
Laredo, Texas 78041  
(956) 645-3643

## Información de Nuevo Paciente (Adulto)

La siguiente información me proporcionará una comprensión más completa de su situación y reducirá la cantidad de tiempo de sesión en su historia y temas administrativos. Registros de la terapia son confidenciales. Si usted prefiere no responder ciertas preguntas favor de dejarlos en blanco.

Fecha de la primera cita: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  Marque por favor si soy capaz de dejar un mensaje

Teléfono celular: \_\_\_\_\_  Marque por favor si soy capaz de dejar un mensaje/texto

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  Marque por favor si soy capaz de dejar un mensaje

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_ Título de empleo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro de salud primaria: \_\_\_\_\_ # de póliza \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_ Co-pago: \$ \_\_\_\_\_

Estado de relación: Soltero(a) / Casado(a) / Comprometido(a) / Separado(a) /

Divorciado(a) / Viudo(a) / Vuelto a casar

Pertenencia religiosa: \_\_\_\_\_ Importancia: muy / algo / pequeño / ninguno

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular o algún otro teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue referido?: \_\_\_\_\_

Favor de hacer una lista tocante sus problemas de salud por cual esta recibiendo o a recibido tratamiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Lista de medicamentos, incluyendo dosis, que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

---

Lista de hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia que ha tenido:

---

---

Brevemente describa el motivo de buscar servicios psicológicos: \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué tan grave siente usted sus dificultades en este momento?:

Poco / moderado / intenso / grave

Si la terapia es efectiva, ¿que diferencia le hara tu vida?: \_\_\_\_\_

---

---

¿en alguna vez ha recibido servicios psicológicos? ¿que fue la razón? \_\_\_\_\_

---

---

Si usted a recibido terapia antes, ¿que fue lo mejor de su experiencia? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué fue lo peor o lo que menos le ayudo? \_\_\_\_\_

---

---

Establecimiento familiar presente:

Nombre	Edad	Relacion a usted	empleo o para estudiante indica escuela y grado
--------	------	------------------	--

---

---

---

---

Otros familiares importantes (padres, hermanos (as), hijos(as) fuera de casa, etc.)

Nombre	Edad	Relación a usted	empleo o para estudiante indica escuela y grado
--------	------	------------------	--

---

---

---

---

Favor de marcar con las letras siguientes (I=uno mismo, H=esposo, W=esposa, C=hijo(a), M=madre, P=padre, S=hermana, B=hermano, A=tía, U=tío, GM=abuela, GF=abuelo, O=otro) si un familiar a sufrido de:

depresión\_\_\_ ansiedad\_\_\_ abuso de alcohol\_\_\_ abuso de drogas\_\_\_ agresión\_\_\_  
incapacidad de aprendizaje\_\_\_ hiperactividad\_\_\_ ataque de convulsión\_\_\_ esquizofrenia\_\_\_  
abuso emocional\_\_\_ abuso físico\_\_\_ abuso sexual\_\_\_ intentos a suicidarse\_\_\_  
suicidio\_\_\_ hospitalización psiquiátrico\_\_\_ problemas de la tiroides\_\_\_

¿Informacion adicional? \_\_\_\_\_

---

¿Que tan estresante son estas areas de su vida? (escala de 0-10 = maximo)

familia\_\_\_ amistades\_\_\_ trabajo\_\_\_ escuela\_\_\_ tiempo libre\_\_\_ dinero\_\_\_  
situación domestica\_\_\_ situación legal\_\_\_ salud\_\_\_ otro, favor de especificar\_\_\_\_\_

Termine las siguientes frases:

1. Yo soy una persona quien \_\_\_\_\_.
2. Lo que yo necesito ahorita es \_\_\_\_\_.
3. Yo me podre ayudar \_\_\_\_\_.

Círcule cualquiera de los siguientes que aplican a usted:

dolores de cabeza      mareos      desmayos      palpitaciones      ansiedad      miedos  
agotamiento      pesadillas      depresión      confusión      insomnio  
dormir demasiado      falta de apetito      comer mucho      inhabilidad de relajarse      cansancio  
olvido      problemas sexuales      falta de ambición sobre ambicioso      uso de alcohol  
uso de drogas      ideas de suicidio      falta de propio control      falta de educación  
falta de pasatiempos      trabajo muy fácil      trabajo muy difícil      faltas en el trabajo  
inhabilidad de manejar      cargos de libertad condicional      apático      discute mucho      lentitud  
pesimista      impulsivo      preocupación      desordenado      deshonesto  
desconfianza      agitación      inhabilidad de divertirse      inhabilidad de hacer las cosas bien  
problemas intestinales      problemas de concentración      dificultad en hacer decisiones  
problemas de estómago      dificultad en terminar tareas      inhabilidad de defenderse

Circule los sentimientos que son comun para usted:

enojo	miedo	desanimo	tristeza	lleno de pánico	tenso
soledad	infeliz	estresado	desamparado	avergonzado	no amado
irritable	estúpido	malhumorado	malentendido	abandonado	aburrido
inattractivo	ansioso		nervioso tímido	frustrado	inferior
engañado	inútil	culpable atormentado		inquieto	

¿En alguna ocasión has pensado en cortar tu uso de alcohol o de drogas? Si / No

¿En alguna ocasión te has sentido molesto sobre las reacciones de los demás tocantes tu uso de alcohol o de drogas?  
Si / No

¿En algún tiempo te has sentido culpable por tu uso de alcohol o tu uso de drogas? Si / No

NOTAS PARA TERAPEUTA:

¿Problemas con uso de drogas o alcohol?

Otros factores de riesgo:

---

---

Plan de Crisis:

---

---

---