



Garnet J Nelson, LCSW
Licensed Clinical Social Worker- Life Coach

44330 Premier Plaza, Suite 100, Ashburn, VA 20147
Número: 703-340-8936 Fax: 866-929-9306
garnetnelson@verizon.net

Experiencia Personal/ Hoja Informativa

**Toda la información personal es confidencial y se trata de manera adecuada*

PARTE I: Antecedentes y preocupaciones actuales

Nombre Completo: _____

Nombre preferido (si es diferente del nombre legal):

Ocupación: _____ Edad: _____

¿Con quién vivía usted? _____

Este formulario está destinado a ayudarme a comprenderle, sus preocupaciones actuales y sus necesidades en nuestra relación laboral. Si tiene preguntas o si no tiene claro alguno de estos elementos, coloque un signo de interrogación (?) al lado y discútalos conmigo.

Describa el problema principal o la inquietud vital con la que le gustaría recibir ayuda, incluya el comienzo, los cambios en la frecuencia y cualquier situación/ factor estresante (si necesita espacio adicional, utilice la parte posterior de la página).

En pocas palabras, ¿Cómo le describiría usted a su mismo como persona?



Enumere cualquier otra(s) persona(s) y su relación con usted (por ejemplo, miembros de la familia, amigos, pareja, compañeros de trabajo) que estén involucrados en su(s) problema(s) o inquietud(es), si corresponde.

¿Cómo o qué usted está haciendo actualmente para afrontar o resolver el problema?

¿Ha probado usted otras soluciones en el pasado? ¿Cuáles son sus estrategias de afrontamiento?

¿Existen desafíos inmediatos que debemos abordar lo antes posible? ¿Tenga en cuenta usted cualquier inquietud que parezca urgente?

¿Encierre usted en un círculo y describa cualquiera o todos los siguientes elementos que describan con precisión su experiencia actual o reciente?

Ahora me siento o recientemente me he sentido...

- | | | |
|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| - Deprimido | - Eufórico | - Confundido |
| - Triste | - Lleno de alegría | - Agotado |
| - Ansioso | - Enojado | - Tranquilo |
| - Apático | - Irritable | - Mal del estómago |
| - Letárgico | - Culpable | - Celoso |
| - Fuera de control | - Avergonzado | - Desesperado |
| - Dolores | - Solitario | - Adormecida |
| - Indefenso | - Lloroso o con ganas de llorar | |

Yo he estado experimentando...

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|
| - Dolores de cabeza | - Temblor | - Visión borrosa |
| - Olvidos, pérdida de la memoria | - Pérdida del equilibrio | - Pérdida de apetito |
| - Impulsos violentos | - Problemas de sueño | - Escuchar voces |
| - Dolores de pecho | - Sentirse irreal o vacío | - Sensaciones extrañas en el cuerpo |
| - Cambio de humor | - Mareo | - Problemas auditivos |
| - Sueños inquietantes | - Pensamientos indeseados | - Sensación de desmayos (inconsciencia) |
| - Querer lastimarme | - Ver cosas irreales | - Querer lastimar a alguien |
| - Beber demasiado alcohol | - Usar drogas demasiado | - Desear estar muerto |

¿Ha tenido recientemente algún otro sentimiento o experiencia que le preocupe o que pueda ser importante que yo sepa?

¿Qué medicamentos o suplementos (recetados y de otro tipo) está tomando ahora? ¿Especifíquese el propósito de cada uno?

Medicamento o suplemento

Dosis Diaria

Propósito

_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuándo fue su última visita a su médico?: _____

Hallazgos de la visita al médico: _____



Condiciones médicas actuales (diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, asma, traumatismo craneal, cáncer, etc.):

Alergias (reacciones adversas a medicamentos, alimentos, etc.):

Hospitalizaciones/ cirugías médicas anteriores (incluya fechas y resultados):

¿Alguna vez ha estado usted en psicoterapia o ha visto a un profesional de la salud mental antes? (Circule uno)

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las fechas aproximadas de su tratamiento?

De _____ A _____

¿Cuál fue el enfoque principal de su terapia?

En qué medida le ayudó usted?

¿Qué pensaste que no le ayudó usted en tu terapia?

Historial de tratamiento de salud mental y dependencia química

¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento por problemas psiquiátricos, relacionados con las drogas o el alcohol? (Circule uno): Sí No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles:

Fecha(s) del tratamiento	De quien	Para qué	Resultado
--------------------------	----------	----------	-----------



¿Alguna vez ha sido usted hospitalizado por motivos de salud mental? (Circule uno): Sí No

En caso afirmativo, indíquese:

El lugar	Las fechas de tratamiento	Problema	Resultado
----------	---------------------------	----------	-----------

Antecedentes familiares de problemas de salud mental o abuso de drogas/ alcohol (Circule uno): Sí No

En caso afirmativo, por favor indique los detalles: _____

Describa usted su participación, si la hubiera, con el sistema legal (penal o civil): _____

¿Cuáles son sus fuentes de fortaleza?

Por favor encierren en un círculo cualquiera o todos los siguientes elementos que considere que son una fuente de fortaleza para usted. Siéntase libre de agregar los suyos en los espacios en blanco.

- | | | | |
|--------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| - Mi sentido del humor | - Mi paciencia | - Mi familia | Mi inteligencia |
| - Mi compromiso de _____ | - Mi valor | - Mi obstinación | |

Otro: _____

¿Cuáles son algunos de sus mecanismos de afrontamiento? (Cómo le hace frente)?

Cuando se ve desafiado o angustiado por los acontecimientos de su vida, ¿Qué hace para sobrellevar la situación para consolarse?



¿Como puedo ayudarle?

Ayúdame a entender qué le gustaría de mí en la terapia. Complete cualquiera de los siguientes que expresen sus intereses actuales. “Lo que me gustaría es...”

Ayuda para entender _____

Ayuda para tomar una decisión sobre _____

La capacitación y el desarrollo de aptitudes, especialmente _____

Apoyo en _____

Sugerencias sobre cómo resolver un problema de _____

Ayuda con _____

No sé con qué quiero ayuda.

PARTE II: VIDA EMOCIONAL

En el transcurso de los últimos 90 días, en qué medida ha experimentado cada uno de los siguientes:

	Nunca	—————→			Con frecuencia
Irritabilidad o ira	0	0	0	0	0
Ansiedad o medo	0	0	0	0	0
Entusiasmo o felicidad	0	0	0	0	0
Envidia o celos	0	0	0	0	0
Culpa	0	0	0	0	0
Odio	0	0	0	0	0
Paz interior o tranquilidad	0	0	0	0	0
Alegría	0	0	0	0	0
Amor	0	0	0	0	0
Orgullo	0	0	0	0	0
Tristeza o depresión	0	0	0	0	0



Cada una de las siguientes declaraciones describe experiencias que usted puede haber tenido cuando era niño/a. Encierre en un círculo todo lo que se aplique a usted y a su infancia. Agregue comentarios o preguntas al margen. Si no está seguro acerca de un elemento, o si se siente demasiado privado, coloque un signo de interrogación al lado.

Nuestra vida familiar fue feliz.	Hice amigos fácilmente.	A menudo estaba enfermo
Confiaba en mis padres.	Me sentí amada y respetada.	Fui golpeado físicamente.
Mis sentimientos fueron respetados.	Me sentí confiado por mis padres.	No tenía muchos amigos.
Mi familia se mudó a menudo.	Me sentí bien conmigo mismo.	Me sentí rechazado o no deseado.
Me sentí desagradable.	Me fue mal en la escuela.	No se me permitió llorar.
Intenté ser perfecto.	Tenía pesadillas intensas.	

Para lo siguiente encierre en un círculo qué palabras haría que el enunciado sea verdadero.

Mi madre/padre estuvo a menudo o totalmente ausente.

Mi madre/ padre a menudo estaba deprimido/ enojado/ ansioso.

Fui hospitalizado por una enfermedad/ accidente grave.

A menudo me avergonzaba de mí mismo/ de mi padre/ madre/ familia.

Ponga "M" para mi madre y/o "P" para mi padre (seleccionar todos que se aplican) . . .

___ fue abusado o abandonado de niño ___ a veces era violento/a

___ sufrió de una enfermedad física. ___ sufrió de alcoholismo.

___ sufría de una enfermedad mental ___ intentó o se suicidó

___ sufrió de un problema de drogas. ___ no tuvo ningún problema que yo sepa

Cuando era niño/a, fui abusado/a sexualmente por (marque con un círculo las que correspondan) ...

Compañero de juegos, Un amigo/a, Mi padre, Mi madre,

Mi hermano, Mi hermana, Otro miembro de la familia, Alguien fuera de mi familia, Nadie



En su orden de entrada en su vida (del primero al ultimo), ¿quiénes eran las personas por las que le sentía amado? Nombre la relación contigo:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____
- (6) _____

En su orden de apariencia en su vida (de la primera a la última), ¿quiénes fueron las personas por las que se usted sintió lastimado? Nombre la relación contigo:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____
- (6) _____

¿Cuál fue tu experiencia más feliz cuando era niño/a?

¿Cuál fue tu experiencia más dolorosa emocionalmente cuando era niño/a?

PARTE III: ESPIRITUALIDAD

¿Cuál es su religión u orientación espiritual actual?

¿Su orientación espiritual es diferente a la de sus familias? Sí No

En caso afirmativo, ¿En qué se diferencia?

¿Con qué frecuencia asiste a su lugar de culto o se reúne con otras personas que compartan sus intereses espirituales?

¿Con qué frecuencia ora, medita o lee usted material espiritual?

¿Está involucrado en otras actividades religiosas o espirituales (trabajo voluntario, una organización benéfica, etc.)?

¿Cuyas muertes le han tocado personalmente?

¿Está experimentando actualmente alguna dificultad o desafío en su vida espiritual?

PARTE IV: RECREACIÓN

¿Cuáles son sus actividades favoritas para divertirse?



¿Realiza usted ahora algún tipo de ejercicio físico o estiramiento con regularidad?

¿Sigues algún programa dietético en particular? ¿Cómo describiría usted sus patrones de alimentación diarios?

¿Qué pasatiempos o actividades le gustaría usted poder explorar o realizar?

Si pudiera usted ir a cualquier parte y hacer lo que quisiera ¿Qué haría usted?
