

**Centro Samaritano de Consejería**  
**2911 Zelda Road Montgomery, AL 36106**

**Información del Cliente**

Por favor, provea su información para darle mejor servicio. Si tiene alguna pregunta que no quisiera contestar no está obligado a hacerlo.

**INFORMACION GENERAL (Cliente)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

# Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Llenar lo siguiente si el cliente es un menor de edad (Persona responsable del Menor)**

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**OCUPACION:**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleado por: \_\_\_\_\_

Cómo afecta tu empleo tu nivel de funcionamiento? \_\_\_\_\_

Has prestado servicios militares? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Has estado en zona de guerra? \_\_\_\_\_

**FINANZAS:**

Ingreso **Total** del hogar: \_\_\_\_\_ # de dependientes: \_\_\_\_\_

**EDUCACION:**

Educación completada: K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 (Circula el grado más alto)      Universidad 1 2 3 4

Titulado en: \_\_\_\_\_ Educación superior: \_\_\_\_\_ Titulado en: \_\_\_\_\_

**ESPIRITUALIDAD:**

Religión: \_\_\_\_\_ Eres activo en tu comunidad religiosa? \_\_\_\_\_

Iglesia/Templo/Synagoga/Otro: \_\_\_\_\_

SI quisiera usar mi espiritualidad en la terapia.  NO quisiera usar mi espiritualidad en la terapia

Por favor, explica si tu espiritualidad interactúa con tu decisión / razón para buscar terapia: \_\_\_\_\_

Experiencias espirituales significativas: \_\_\_\_\_

Conflictos espirituales? \_\_\_\_\_

Cómo ayuda tu espiritualidad a encontrar paz? \_\_\_\_\_

**HISTORIA LEGAL:**

Por favor, explica problemas legales presentes o pasados: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:**

**Circula tu respuesta:** El cliente vive con: familia, amigos, matrimonio, pareja, solo  
Propio o rentado, dormitorio, apartamento, hogar, albergue, otro: \_\_\_\_\_  
Satisfecho en su situación actual? Si  No

**ESTATUS MARITAL:**

Soltero(a)  Comprometido(a)  Viviendo juntos  Casado(a)   
Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Número de veces casado (a): \_\_\_\_\_ Fecha de  
casamiento: \_\_\_\_\_ Fecha de divorcio(s): \_\_\_\_\_ Fecha de muerte de pareja: \_\_\_\_\_

**PAREJA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabaja para: \_\_\_\_\_  
Calidad de la Relación:  Excelente  Buena  Aceptable  Pobre  Abusiva/violenta  Disfuncional  
 Distante  Enojados

**HIJOS:**

Nombre	Edad	Sexo	Palabras que los Describen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**FAMILIA:**

Madre Vive (Si sí, edad): \_\_\_\_\_ Padre Vive (Si sí, edad): \_\_\_\_\_  
Educación/Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación/Ocupación: \_\_\_\_\_  
Número de veces casada: \_\_\_\_\_ Número de veces casado: \_\_\_\_\_  
Palabras que la describen: \_\_\_\_\_ Palabras que lo describen: \_\_\_\_\_  
Padres están: separados , divorciados , o muertos , Cuál fue tu edad cuando esto sucedió? \_\_\_\_\_  
Cuál fué la gran dificultad con tus padres? \_\_\_\_\_

En tu familia tu eres el \_\_\_\_\_ en orden de nacimiento de \_\_\_\_\_ niños.  
Algún historial de problemas mentales/emocionales o de adicción en la familia? SI  NO   
Quién: \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Historial de tratamientos en la familia: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PROBLEMA O ESTRÉS**

Explica que es lo que estás viviendo en este momento o en el pasado que te indica buscar terapia?  
\_\_\_\_\_  
Enlista problemas emocionales o de salud del pasado: \_\_\_\_\_  
Has tenido la experiencia de algún trauma o abuso? Si  No  Describe: \_\_\_\_\_  
Has estado en terapia en el pasado? Si  No  Si sí, fecha(s): \_\_\_\_\_  
Con quién: \_\_\_\_\_  
Problemas que vieron en terapia: \_\_\_\_\_  
Te ayudó? \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos (con dosis): \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos probados en el pasado: \_\_\_\_\_

Alguna vez has estado hospitalizado por problemas mentales, salud, o por adicciones? Si  No

Cuándo? \_\_\_\_\_ Dónde? \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que lo (a) admitió: \_\_\_\_\_ Intento suicida en el pasado Si  No

Cuándo? \_\_\_\_\_ Pensamientos suicidas en el presente? Si  No

Qué quisieras cambiar en tu vida? \_\_\_\_\_

Cómo esperas que el Centro Samaritano te ayude con ese (os) cambio(s)? \_\_\_\_\_

## **SALUD GENERAL**

Cómo se encuentra tu salud física? Excelente  Buena  Aceptable  Pobre

Alguna condición médica? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

Por favor enlista a tus médicos y sus números telefónicos: \_\_\_\_\_

Cuándo y quién te dio el último examen físico? \_\_\_\_\_

Algún medicamento en este momento?(con su dosis) \_\_\_\_\_

Haces ejercicio Si  No  Qué tan seguido? \_\_\_\_\_

Problemas de salud crónicos del presente o pasado: (con fechas) \_\_\_\_\_

Tomas alcohol? Si  No  Qué tan seguido? \_\_\_\_\_ Cuánto? \_\_\_\_\_

Qué tomas? \_\_\_\_\_ Cantidad mayor: \_\_\_\_\_ Cantidad menor: \_\_\_\_\_

Cuándo? \_\_\_\_\_ Otras sustancias que tomes y cuánto: \_\_\_\_\_

Cafeína consumida al día? Café \_\_\_\_\_ Refrescos \_\_\_\_\_ Bebidas para energía \_\_\_\_\_ Té \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Comes tres comidas saludables al día? Si  No  Si no, que comes? Mañana: \_\_\_\_\_

Tarde: \_\_\_\_\_ Noche: \_\_\_\_\_

Cuántas horas de sueño ininterrumpido duermes cada noche? \_\_\_\_\_ Cuántas horas pasas en tu móvil, computadora, televisión u otro aparato al día? \_\_\_\_\_

**Por favor señala o marca lo requerido y lo que se aplica a tu caso.**

Centro Samaritano = The Samaritan Counseling Center, Inc.

\_\_\_\_\_ Le doy permiso al Centro Samaritano de cobrar a mi seguridad y/o pedir el pago a las personas responsables de él (ejemplo: abogados, familia, empleador, u otros responsables)

\_\_\_\_\_ Doy autorización de que los pagos sean dirigidos al Centro Samaritano.

\_\_\_\_\_ Doy autorización de que se exponga mi información privada para procesar los cargos a la seguridad.

\_\_\_\_\_ Entiendo que seré responsable de todos los cargos **no** pagados por la seguridad u otras personas responsables.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo a que el Centro y/o sus agentes me contacten con el teléfono asociado con mi cuenta, incluyendo los celulares que puedan resultar en un cargo para mí (ésto es por los servicios o para coleccionar pago).

\_\_\_\_\_ Acepto que el Centro Samaritano puede contactarme por mensaje de texto y/o correo electrónico utilizando la información que yo proporcione. Métodos de contacto incluyen voz artificial pregrabada y/o el uso de servicios digitales. Aunque el Centro dé importancia a mantener seguridad en la comunicación, celulares, textos y correos electrónicos no son siempre seguros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me va a cobrar por llamadas hechas después de las horas de trabajo que duren más de 15 minutos o por múltiple llamadas en un periodo de 24 horas.

\_\_\_\_\_ Doy permiso que contacten a \_\_\_\_\_ en caso de emergencia. Relación con la persona: \_\_\_\_\_ # casa: \_\_\_\_\_ # cel: \_\_\_\_\_ # trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doy permiso a que el Centro coordine mi cuidado con mi doctor primario y/o psiquiatra.  
Nombre: \_\_\_\_\_ #telefono: \_\_\_\_\_ #Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No** doy permiso de que el Centro coordine mi cuidado con mi doctor primario y/o psiquiatra.

\_\_\_\_\_ Doy permiso al Centro de agradecerle a la persona que me refirió aquí.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si me refirieron para **terapia individual** por Maxwell AFB estando **activo** en mi servicio, mi estatus debe ser reportado a la clínica de Maxwell periódicamente.

\_\_\_\_\_ He recibido y leído una copia de las "Prácticas Privadas" del Centro Samaritano.

\_\_\_\_\_ He recibido y leído una copia del "Consentimiento de Servicios" del Centro Samaritano.

\_\_\_\_\_ Yo, el que firma, acepto los cargos por el servicio como deuda legal y acepto pagar la deuda, incluyendo los costos de colección (33.33%) si llegara a ser necesario.

\_\_\_\_\_ Acepto que el cargo por sesión es de: \_\_\_\_\_

Con mi firma abajo, indico que entiendo las pólizas y las condiciones de las Practicas Privadas así como el Consentimiento de Servicios. Mi firma indica un consentimiento legal de pago por los servicios. Mas allá de lo que no prohíbe la ley, yo en este documento renuncio a mis derechos de exención.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente / clientes

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable (en caso de un menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha