



# 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: \_\_\_\_\_ Titulo de empleo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

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

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

Pertenencia religión: \_\_\_\_\_ 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:

---

---

Brevamente 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 razon? \_\_\_\_\_

---

---

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	inabilidad 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
inabilidad de manejar	cargos de libertad condicional		apático	discute mucho	lentitud
pesimista	impulsivo	preocupación		desordenado	deshonesto
desconfianza	agitación	inabilidad de divertirse		inabilidad de hacer las cosas bien	
problemas intestinales		problemas de concentración		dificultad en hacer decisiones	
problemas de estómago		dificultad en terminar tareas		inabilidad 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
inatractivo	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:

---

---

---

---