

INVENTARIO DE DATOS PERSONALES

(Complete esta forma antes de su primera sesión).

Datos de identificación

Nombre: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ (Calle, ciudad, & cod. postal)
 Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Email: _____
 Teléfono casa: _____ Celular: _____
 Teléfono trabajo: _____ ¿Puede ser contactado en el trabajo? Si ___ No ___
 La educación (último año completado): _____
 Otro entrenamiento: _____
 Referido por: _____

Historia Personal

Padres: Nombre - Edad(si viven) - Ocupación - Estado Matrimonial
 Padre _____
 Madre _____
 Guardián: _____ (si aplicable)
 Relación con Ud.: _____ Razón por su Protección _____ Fecha _____ a _____
 Si se aplica, ¿qué padre le crió? _____
 Hermanos:
 Nombre - Edad(si viven) - Ocupación - Estado Matrimonial

¿Más de cinco hermanos? Si _____ No _____
 En el orden del nacimiento de sus hermanos y hermanas, ¿cuál es su posición? _____
 El ambiente en su casa cuando se crió lo calificaría de: Muy bueno _____, regular _____, o malo _____.
 ¿Ha fallecido algún miembro íntimo de su familia? _____
 ¿En ese caso, qué relación tenían ellos con usted y cuándo murieron? _____

Indique cual de estos casos se podría aplicar durante su niñez y/o adolescencia:
 Problemas en la escuela: _____ Problemas familiares: _____ Problemas médicos: _____
 Problemas de Drogas/Alcohol: _____ Problemas sociales: _____ Problemas legales: _____
 Por favor explique mejor: _____

Describa como fue la relación con su padre _____

Describa como fue la relación con su madre _____

Historia Matrimonial

Estado matrimonial:

Soltero(a) __ Comprometido(a) __ Casado(a) __ Casado(a) por 2ª vez __ Separado(a) __ Divorciado(a) __ Viudo(a) __

Su matrimonio presente (si es aplicable):

Nombre del cónyuge: _____ Edad _____ Ocupación: _____

Trayectoria religiosa del cónyuge: _____

Educación: _____

Fecha del matrimonio _____

¿Alguna vez se ha separado de su actual cónyuge? _____

Si es así, por favor especifique cuando: 1) _____ a _____ 2) _____ a _____

Hijos:

Nombre, Relación (hijo, hijastro, etc.) Viviendo en Casa – Edad, Estado matrimonial, Ocupación.

Segundo matrimonio:

Fecha del matrimonio _____ Tiempo de noviazgo _____

Dé una descripción breve de las circunstancias para encontrarse y llegar al noviazgo _____

De sus matrimonios anteriores (si es aplicable) – Fecha, Hijos de ese matrimonio:

_____ a _____

_____ a _____

_____ a _____

_____ a _____

De los matrimonios anteriores de su cónyuge (si es aplicable) – Fecha, Hijos de ese matrimonio:

_____ a _____

_____ a _____

_____ a _____

_____ a _____

Historial de salud

¿Actualmente tiene algún problema de salud? _____ Si es 'sí', por favor especifique _____

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas físicos? Por favor márkuelos.

Problemas del corazón _____	Bulimia _____	Irregularidades menstruales _____
Problemas del hígado _____	Anorexia _____	Problemas del riñón _____
Problemas visuales _____	Alucinaciones _____	Golpes/contusiones en la cabeza _____
Distorsión sensorial _____	Cambio en vida sexual _____	Fatiga _____
Debilidad _____	Ataques _____	Derrame _____
Problemas al caminar _____	Tumor cerebral _____	Sensibilidad al calor/frío _____
Perdida de cabello _____	Esclerosis múltiple _____	Erupciones _____
Enfermedad de Parkinson _____	Vejiga _____	Problemas de memoria _____
Desmayos _____	Nauseas/vómitos _____	Distorsiones episódicas _____
Amnesia _____	Cambio de peso _____	Temblores _____
Impotencia sexual _____	Cambio de personalidad _____	Disfunción de tiroides _____
Cambios físicos _____	Paramnesia _____	Diabetes _____
Hambre constante _____	Ansias por comer _____	Hipoglicemia _____
Estados de inconsciencia _____	Problemas pulmonares _____	Fiebre _____
Dolores de cabeza _____	Alergias _____	Neumonía _____
Mareos _____	Cáncer _____	Cuello tieso _____
Problemas del habla _____	Presión alta _____	Incoordinación _____

Liste las cirugías anteriores (aquéllas que requirieron de anestesia): _____

Liste toda prescripción médica y medicaciones dadas en la farmacia: Incluya píldoras de dieta, laxantes, píldoras anticonceptivas, medicinas para el resfriado y alergias, aspirinas: _____

¿Cuál es su promedio de consumo de cafeína diario? Incluya café, té, chocolate, estimulantes y sodas con cafeínas: _____

¿Cuántas horas de sueño promedia cada noche? ¿Ha habido algún cambio reciente? ¿Este sueño es sosegado? _____

¿Alguien cercano a usted a notado algún cambio en su personalidad (enojo, cambios de humor, retraimiento), pensamiento y memoria, o hábitos de trabajo? _____

¿Se molesta usted por el nerviosismo de cualquier tipo (problemas al dormir, malestar de estómago, sentimientos nerviosos, etc.)? _____

¿Ha tenido alguna vez un disgusto emocional severo? Si _____ No _____

Explique: _____

¿Ha sido arrestado alguna vez? Si _____ No _____

Explique: _____

¿Alguna vez ha recibido consejería en la vida? _____ ¿Actualmente? _____

Si es 'sí', por favor especifique cuándo y con quién: _____

¿Desea firmar una autorización de información para que su consejero pueda escribir reportes para los trabajadores sociales, psiquiatras, o médicos?

Si _____ No _____

Sólo para las mujeres

Ha tenido alguna dificultad menstrual _____

Ha experimentado tensión, tendencia a llorar, u otro síntoma antes del ciclo menstrual; por favor explique:

Su esposo desearía buscar consejería: _____

El está de acuerdo que usted haya venido _____ Si no, explique: _____

Historia profesional

¿Qué trabajos ha tenido en el pasado? _____

¿Cual es su cargo en el trabajo? _____

¿Cuánto tiempo lleva en éste trabajo? _____ Ingreso anual actual: _____

¿Su trabajo presente lo satisface? Si no, por favor explique: _____

Transfondo religioso

Iglesia que asiste actualmente (Nombre y dirección): _____

Teléfono: _____ Pastor: _____

¿Tiene permiso de su pastor para buscar consejería? (Si se aplica): Sí ___ No ___

¿Cree usted en Dios? Si _____ No _____ Incierto _____

¿Usted se considera que ha nacido de nuevo? Si _____ No _____ Incierto _____ No se lo que significa _____

¿Qué tan frecuentemente asiste a la iglesia? _____ ¿Está involucrado activamente? _____

¿De qué maneras sirve usted en su iglesia local? _____

¿Lee la Biblia?: Nunca _____ ocasionalmente _____ diariamente _____

¿Tiene un tiempo para orar?: Nunca _____ ocasionalmente _____ diariamente _____

¿En su casa tienen devocionales familiares?: Nunca _____ ocasionalmente _____ diariamente _____

Si usted hubiera muerto y estuviera ante Dios y Él le preguntara: "¿Por qué debo permitirle entrar al Cielo?", ¿cómo le respondería usted? _____

¿Cómo describe su relación con Dios? _____

Sobre usted

Subraye cualquiera de las siguientes palabras que lo describen mejor hoy en día: activo, ambicioso, conformista, seguro de sí mismo, persistente, nervioso, trabajador, impaciente, impulsivo, malhumorado, amable, excitable, imaginativo, tranquilo, serio, tímido, compasivo, introvertido, extrovertido, cordial, líder, callado, duro, sumiso, espiritual, cohibido, solo, sensible, otro. _____

¿Ha sentido alguna vez que las personas lo están vigilando? Sí ____ No ____

¿Las caras de las personas parecen siempre distorsionadas? Sí ____ No ____

¿Tiene dificultad distinguiendo las caras de las personas? Sí ____ No ____

¿Los colores le parecen siempre demasiado luminosos? Sí ____ No ____

¿A veces es incapaz de determinar las distancias? Sí ____ No ____

¿Ha tenido alucinaciones alguna vez? Sí ____ No ____

¿Le asusta estar dentro de un automóvil? Sí ____ No ____

¿Su oído es excepcionalmente bueno? Sí ____ No ____

¿Tiene problemas para dormir? Sí ____ No ____

Lista de chequeo de problemas

Ira ____ Envidia ____ Apetito ____ Ansiedad ____ Miedo ____ Recuerdos ____ Apatía ____ Glotonería ____
 Malhumor ____ Amargura ____ Culpabilidad ____ Rebelión ____ Cambio de estilo de vida ____ Salud ____
 Sexualidad ____ Hijos ____ Homosexualidad ____ Sueño ____ Depresión ____ Violencia doméstica ____
 Impotencia ____ Decepción ____ Suegros ____

Por favor, tome su tiempo para contestar las siguientes preguntas:

Declare en sus propias palabras la naturaleza del problema (principal) que lo ha hecho buscar consejería Bíblica:

¿Cuándo empezaron sus problemas? Por favor, especifique con fecha si es posible: _____

Por favor describa cualquier evento significativo que ocurre en ese momento: _____

¿Qué ha hecho para tratar de resolverse su problema(s): _____

¿Qué quisiera que hiciéramos para usted? ¿Qué tipo de ayuda espera de nosotros? _____

¿Hay cualquier otra información que nosotros debemos saber? _____
