



Gathered Connections Counseling

EVALUACIÓN INTEGRAL BIOPSICOSOCIAL E INFORMACIÓN DEL CLIENTE - ADULTO

Información Demográfica

Nombre: _____ Fecha: _____ Fecha

de Nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Sexualidad: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____

Dirección:

Número(s) de teléfono:

¿Está bien dejar un mensaje de voz? SÍ NO

Correo electrónico:

_____ ¿Te

gustaría recibir comunicación por correo electrónico? SÍ NO

¿Está bien enviar algo por correo? SÍ NO

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

* Favor de completar a continuación para un cliente adicional

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Sexualidad: _____ Raza: _____

Etnicidad: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

¿Está bien dejar un mensaje de voz? SÍ NO

Correo electrónico: _____

¿Te gustaría recibir comunicación por correo electrónico? SÍ NO

¿Está bien enviar algo por correo? SÍ NO

How Have We Come to Meet?

¿Cuáles son las 3 mayores preocupaciones que tiene usted en este momento? ¿Cuánto tiempo llevan cada una de ellas? Ponlas en orden de importancia:

1. _____
2. _____
3. _____

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

¿Qué soluciones (útiles o poco útiles) has intentado para resolver tus preocupaciones?

¿Has tenido terapia en el pasado? Si es así, ¿con quién y cuándo? ¿Por qué razones asististe a terapia? Por favor, compártenos tu experiencia. ¿Qué fue útil? ¿Qué no fue útil?

El Cambio se Acerca...

¿Cuáles son tus expectativas de la terapia? ¿Cuáles son tus expectativas del terapeuta?

¿Qué otras áreas te gustaría ver cambiar en tu vida (familia, carrera, salud, relaciones, etc.)?

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

¿Prevés algún obstáculo para alcanzar tus metas o los cambios deseados?

Enumera 5 fortalezas sobre ti mismo o que otros dicen sobre ti, da ejemplos de cada una:

1.

2.

3.

4.

5.

¿Hay alguien que te gustaría que fuera parte de tus sesiones o que crees que podría ser útil en las sesiones ahora o en el futuro?

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

Información Médica y de Salud Mental

¿Alguna vez has recibido servicios psiquiátricos antes? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, ¿hace cuánto tiempo, con quién, para qué, medicamentos recetados y resultados?

Enumere cualquier medicamento (de venta libre y recetados), suplementos nutricionales o herbales, o tratamientos alternativos (acupuntura, quiropráctica, etc.) que esté tomando/haciendo y las razones:

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

Preguntas Importantes Que Debemos Hacer

¿Alguna vez has tenido pensamientos de quitarse la vida? **SÍ** **NO**
Si es así, por favor explica:

¿Alguna vez has planeado quitarte la vida? **SÍ** **NO**
Si es así, por favor explica:

¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? **SÍ** **NO**
Si es así, por favor explica:

¿Alguna persona en tu familia o cercana a ti se ha quitado la vida? **SÍ** **NO**
Si es así, por favor explica:

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

¿Alguna vez has sentido que querías hacerle daño o matar a alguien más? SÍ NO Si es así, por favor explica:

¿Tienes armas en tu casa o acceso a armas? SÍ NO

Si es así, ¿quién tiene acceso a ellas y cuáles son los protocolos de seguridad alrededor de ellas?

¿Hay alguna historia o presencia de abuso o violencia? SÍ NO Si es así, por favor explique:

¿Está utilizando actualmente alguna droga ilegal o medicamentos recetados de una manera diferente a la prescrita, o la razón por la que busca servicios de terapia está relacionada con sustancias?

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

¿Alguna vez has sido testigo o has experimentado un trauma?

¿Tienes pesadillas recurrentes, recuerdos vívidos, o evitas cualquier cosa que sea incómoda o dolorosa?

Si es así, por favor explica:

¿Tienes actualmente problemas legales o la razón por la que buscas terapia está relacionada con una orden del tribunal? Si es así, ¿puedes explicar?

Carrera/Trabajo, Recreación y Pasatiempos

¿Cuál es tu ocupación actual? ¿Cómo describirías tu satisfacción en tu trabajo/carrera? _____

¿Cuál es tu nivel más alto de educación completado y en qué campo de estudio?

¿Qué te gusta hacer durante tu tiempo libre?

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

Relaciones Íntimas

Si actualmente estás en una relación, describe tu relación:

¿Cómo describirías tu comunicación?

Pareja significativa/Cónyuge:

Hijos:

1. Hijo/a 1

2. Hijo/a 2

3. Hijo/a 3

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnections counseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

Comprendiendo a tu familia e influencias

* Space left for therapist to draw family tree (genogram)

* Espacio reservado para que el terapeuta dibuje el árbol genealógico (genograma)

Estado civil de tus padres:

Casado Divorciado Nunca Casado Separado Parejas de Hecho Viudo

Por favor, describe tu relación con tus padres:

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

¿Cómo describirías tu crianza?

¿Quién vive contigo actualmente?

¿Tienes mascotas? Si es así, nombres, tipos y relación con cada mascota:

Describe tu relación con lo siguiente:

Madre:

Padre:

La pareja de la madre:

La pareja significativa del padre:

Hermanos: Edad, Nombre y Sexo:

1. Hermano 1

2. Hermano 2

3. Hermano 3

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC



Gathered Connections Counseling

Relaciones

Describe tu relación con tus amigos:

¿A quién considerarías que es tu sistema de apoyo (personas, organizaciones o afiliaciones)?

¿Pertenece a algún grupo religioso o espiritual? Sí NO

Si es así, ¿cuál es tu nivel de involucramiento?

¿Cómo influyen tus creencias o prácticas religiosas/espirituales en tu vida?

Favor de indicar cualquier otra cosa que sea importante para que sepamos sobre usted que nos ayude a trabajar juntos para lograr los resultados deseados:

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395

©2020 by K2 Visionaries, LLC