

Office of Counselors and Consultants
 Latino Psychological Services
Lucia Merino, LCSW
 940 Saratoga Ave. #104
 San José, CA 95129
 (408) 242-4544
www.luciamerino.org
lucia@luciamerino.org

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Hoy:
Dirección: Calle: Ciudad: Teléfono: casa: celular: trabajo: Email:		
Razón de la visita:		
Quién la recomienda?		
Síntomas:		
El problema o los síntomas empezaron en qué fecha aproximada:	Frecuencia de los problemas o síntomas. Cada cuanto ocurren:	Qué es lo que activa el síntoma o problema
Estos síntomas o problemas le afectan a qué nivel:		
Un poco	Mucho	Demasiado

<p>En el pasado ha recibido servicios de consejería? Si No</p> <p>Qué tipo?</p>	<p>En el pasado ha sido hospitalizada/o por problemas psicológicos? Si No</p>	<p>En el pasado ha atentado suicidio? Si No</p> <p>Cuando?</p>
<p>Historia Familiar Psicológica: Alguien en su familia sufrió o sufre problemas psicológicos? Si No</p> <p>Si es que si, explique la condición:</p>	<p>Hay alguien en su familia con problemas de alcohol o drogadicción? Si No</p> <p>Si es que si, explique, por favor:</p>	<p>Usted bebe bebidas alcohólicas o utiliza drogas? Si No</p> <p>Qué utiliza? Cantidad? Frecuencia? Problemas legales? De qué tipo?</p>
<p>Condiciones Médicas: Usted sufre de alguna enfermedad? Si No</p> <p>Si es que sí, explique:</p>	<p>Ha tenido alguna operación médica? Si No</p> <p>Si es que si, explique:</p>	<p>Está tomando alguna medicación actualmente? Si No</p> <p>Si es que si, qué medicación?</p>
<p>Historial psicosocial: Donde Nació?</p>	<p>Con quién se crió?</p>	<p>Cuántos hermanos son?</p>
<p>Nivel educativo? Escuela?</p>	<p>Profesión?</p>	<p>Dónde trabaja?</p> <p>Horario?</p>
<p>Cómo describiría su infancia?</p>	<p>Ha sufrido algún tipo de abuso en su vida? Explicación:</p> <p>Quién? Cuándo? Resolución?</p>	
<p>Alguna otra información que usted considera importante y yo no le he preguntado?</p>		