



For Office Use Only	
Therapist:	
Office Location:	

## Encuesta de su Vida (Confidential)

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

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Si menor de edad, Padre/Madre/ Guardián: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer

Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Número de Celular: \_\_\_\_\_  
¿Podemos dejar un mensaje? NO  SI       ¿Podemos dejar un mensaje? NO  SI

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién le referido al Centro de Paz? Yo \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### Origen Étnico

- Hispano
- Caucásico
- Indio Americano
- Asiático/Islas del Pacífico
- Afroamericano
- Orto

### Relaciones

- Soltero/a
- Casado/a  años(s) \_\_\_\_\_
- Divorciado/a  años (s) \_\_\_\_\_
- Comprometido/a  fecha \_\_\_\_\_
- Separado/a
- Viudo/a

Educación \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_

Nombre de su pareja \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres y edades de sus niños:

\_\_\_\_\_

**Afiliación Religiosa:**

Judío\_\_\_ Protestantes \_\_\_ Ateo\_\_\_ Agnóstico\_\_\_ Católico\_\_\_ Ninguna, pero creo en Dios\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_

¿Desea tener sus creencias y morales religiosos incorporados en el proceso de consejería?

**Salud Física:**

Muy Buena  Buena  Mala

Enfermedades o Incapacidades

Recientes\_\_\_\_\_

¿Actualmente, está tomando medicamentos? NO  SI  (Por favor indique cuales y la dosis) \_\_\_\_\_

Medico Primario\_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo físico\_\_\_\_\_ Chequeo de la tiroides NO  SI

**Salud Mental**

¿Usted ha utilizado consejería en el pasado? NO  SI

¿Actualmente, consumes alcohol u otras drogas de venta libre o sin receta? NO  SI

¿Hay historia de alcoholismo o drogadicción en su familia? NO  SI

¿Hay historia de problemas de su salud mental en su familia? NO  SI

¿Alguna vez ha sido físicamente abusado/a? NO  SI

¿Alguna vez ha sido emocionalmente abusado/a? NO  SI

¿Alguna vez ha sido abusado/a sexualmente? NO  SI

¿Sus preocupaciones interfieren con su trabajo? NO  SI

¿Sus preocupaciones interfieren con su vida familiar? NO  SI

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO  SI

¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a por razones de salud mental? NO  SI

¿Alguna vez ha tenido problemas legales? NO  SI

¿Por favor describa las preocupaciones que le gustaría compartir con su consejera?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo ha persistido este problema?\_\_\_\_\_

¿Bajo que condiciones se empeoran sus problemas? ¿Se mejoran? \_\_\_\_\_

1. ¿Que gravedad tiene su problema presente?  
Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente
2. ¿Motivación para resolver el problema?  
Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente
3. ¿Optimismo sobre la posibilidad que el problema sea resuelto?  
Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente

**Historia Familiar**

Edad de su madre \_\_\_\_\_ ¿Si murió, qué edad tenía usted cuando murió? \_\_\_\_\_

Edad de su padre \_\_\_\_\_ ¿Si murió, qué edad tenía usted cuando murió? \_\_\_\_\_

Si sus padres están separados o se separaron, ¿qué edad tenía cuando eso pasó?

\_\_\_\_\_

Número de hermanos \_\_\_\_\_ Edades de sus hermanos \_\_\_\_\_

Número de hermanas \_\_\_\_\_ Edades de sus hermanas \_\_\_\_\_

Si usted fue adoptado o criado con padres que no eran sus padres biológicos. Por favor explique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la personalidad de su madre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la personalidad de su padre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la personalidad de su padrastro o madrastra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa brevemente la relación que tienes con las siguientes personas actualmente:

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Padrastro: \_\_\_\_\_

Madrastra: \_\_\_\_\_

Desea que se tome en cuenta su fe en las sesiones de terapia? NO  SI



For Office Use Only	
Therapist:	
Office Location:	

## Política de Confidencialidad / Consentimiento para Tratamiento

Todos los consejeros en El Centro de Paz tienen experiencia y formación profesional. La relación que se establece con nuestros consejeros es voluntaria y usted tiene el derecho de terminar la relación en cualquier momento. Todo la información acerca de usted o de sus registros es estrictamente confidencial.

La información se comparte solamente con personal profesional autorizado, incluyendo supervisores clínicos, y las personas que usted ha enumerado a continuación. Su permiso por escrito es necesario para cualquier otra instancia donde información sea pedida. Las únicas excepciones a esta política son los siguientes:

- Si nuestro personal tiene razones para creer que un niño ha sido abusado física o sexualmente, estamos obligados por ley a informar al servicio de la protección del estado. No vamos a hacer una determinación de que cualquier conducta es ilegal o inapropiada. Esta determinación se hace por el estado.
- Si nuestro personal tiene razones para creer que un cliente puede perjudicar seriamente a el / ella misma u otra persona, estamos obligados a divulgar información para proteger a la persona que pueda resultar perjudicada.
- Registros seleccionados pueden estar a la disposición de organizaciones que se tratan de certificación o licencias para la revisión de nuestros procedimientos con registros.
- Si se comparte la información durante una sesión de terapia individual que impactara la terapia o la relación de la pareja, el consejero puede compartir esa información con el cónyuge / o la pareja. Cualquiera de los cónyuges / o parejas puede optar por poner fin a la terapia de pareja y comenzar la terapia individual, en ese momento, la información compartida sería confidencial, incluyendo el cónyuge / o la pareja.
- Si usted elige tener la terapia electrónica, través del uso de los teléfonos celulares, correo electrónico, videoconferencia, etc. Por favor, comprenda los riesgos de seguridad que se incluyen. Los consejeros del Centro de Paz hará todo lo posible para garantizar la confidencialidad y seguridad, pero con la tecnología, la confidencialidad y la seguridad no siempre se puede garantizar.
- Los niños menores de 14 años necesitan consentimiento firmado de ambos padres o tutor legal para el tratamiento.

Yo / Nosotros permitimos que las siguientes personas oigan transmitir información de las sesiones de consejería:

---

---

Para proteger su confidencialidad, cualquier consulta aparte de las excepciones mencionadas anteriormente (por escrito, por teléfono o personales) No será respondida hasta que firme una liberación de información. En el tratamiento de una pareja o una familia, vamos a buscar la autorización de todos los miembros de la unidad de tratamiento antes de la divulgación de información confidencial.

## Escala de cuotas / Políticas de pago

Usted entiende las políticas de escala y de pagos: para sesiones privadas, una tarifa por hora de \$ \_\_\_\_\_ que ha sido determinada por el consejero. El tiempo del consejero ha sido reservado para usted, usted se compromete a dar por lo menos 24 horas de anticipación cuando no pueda asistir a una cita. Si hay menos de 24 horas, una tarifa puede ser cargada. Usted acepta la responsabilidad financiera para los cargos en que incurra durante el transcurso de tener el Centro de Paz proveer servicios, incluyendo las comisiones bancaria por cheques devueltos.

## Limitación de Litigios

Como participante en la terapia en el Centro de Paz yo / nosotros entendemos y aceptamos que ningún empleado, agente o director del Centro Paz será llamado como testigo para testificar en nuestro nombre o en nombre de nuestros hijos en cualquier procedimiento legal concerniente con mi o nuestra terapia. Además, entiendo y estoy de acuerdo, y para aquellos que nos representan, que ninguna documentación, excepto las recomendaciones, preparada conjuntamente con el Centro de Paz, estará sujeta a citación o depósito de documentos para uso en procedimientos legales. Yo / nosotros entendemos que esta provisión es necesaria para fomentar intercambios francos, abiertos y significativos entre mí y nosotros mismos y el / la terapeuta. Yo / nosotros entendemos que estoy / estamos renunciando a nuestro derecho de usar testimonios, registros u otra información contenida en el Centro de Paz, pero que yo o nosotros los hacemos voluntariamente, y sin influencia indebida, con el propósito de establecer confidencialidad y Privilegio para mí y el Centro de Paz, cuyo derecho y privilegio no serán revocados en lo sucesivo por mí o mi representante legal.

Entendemos que la única comunicación entre el Centro de Paz y / o la Corte se limitará a una carta de formulario que indique cuándo se iniciaron los servicios y / o si el cliente completó, no completó o todavía está recibiendo tratamiento. Yo / Nosotros comprendemos además que yo / nosotros podemos ser descalificados del tratamiento si se determina en el juicio clínico del Centro de Paz que yo / nosotros tenemos un trastorno psiquiátrico diagnosticable que interfiere con el tratamiento, momento en el cual se hará una recomendación para el tratamiento a la Corte.

Reconozco por nuestras firmas individuales a continuación, que cada uno de nosotros ha leído esta política, que la comprendemos y que he tenido la oportunidad de discutir su contenido con nuestro terapeuta y que entro en terapia de acuerdo con esta política.

_____ Firma (padre o guardián)	_____ Imprimir	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Imprimir	_____ Fecha
_____ Firma	_____ Imprimir	_____ Fecha