



# Historial de vida (Confidential)

Fecha/Date: \_\_\_\_\_ Nombre del Terapeuta/Therapist Name: \_\_\_\_\_

Office Location:   Downtown    West Chester    Kennett Square    Audubon    Coatesville

¿Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

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

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

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer

Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? No  Si

Número de Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? No  Si

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

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

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

Damos la bienvenida a personas de todas las creencias, o ninguna fe, sin juicio ni presión. Le gustaría que su fe fuera incluida en su terapia? No  Si  No lo se

Relaciones: Soltero/a  Casado/a  años(s) \_\_\_\_\_ Divorciado/a  años(s) \_\_\_\_\_ Comprometido/a

fecha de boda \_\_\_\_\_ Separado/a  Meses \_\_\_\_\_ Viudo/a

Educación (ultimo nivel completado): \_\_\_\_\_

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

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres y edades de sus hijos/a: \_\_\_\_\_

(Continúa del otro lado)

## 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

¿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? No  Si

¿Alguna vez ha tenido problemas legales? No  Si

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

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

¿Que gravedad tiene su problema presente? Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente

¿Motivación para resolver el problema? Ninguna  Leve  Moderada  Sumamente

¿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 \_\_\_\_\_

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 persona criada 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: \_\_\_\_\_

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

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

(Continúa del otro lado)

## Cuestionario de Adversidad de la experiencia infantil (ACE)

Mientras crecías, durante tus primeros 18 años de vida:

¿A menudo un padre u otro adulto en el hogar lo maldecía, lo insultaba, lo menospreciaba o lo humillaba? ¿O actuar de una manera que te hizo temer que podrías ser lastimado físicamente? No  Si

¿A menudo, o muy a menudo, un padre u otro adulto en el hogar le empujaba, agarraba, abofeteaba o le arrojaba algo? ¿O te golpeó tan fuerte que tenías marcas o te lastimaste? No  Si

¿Un adulto o persona al menos cinco años mayor que usted alguna vez lo tocó o lo acarició, o intentó, o lo hizo, tocar su cuerpo de una manera sexual? ¿O intentas o tienes sexo oral, anal o vaginal contigo? No  Si

¿A menudo, o muy a menudo, sentía que nadie en su familia lo amaba o pensaba que era importante o especial? ¿O su familia no se cuidó entre sí, se sintieron cercanas o se apoyaron mutuamente? No  Si

¿A menudo, o muy a menudo, sentía que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia y no tenía a nadie que lo protegiera? ¿O estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico, si lo necesitaban? No  Si

¿Alguna vez tus padres estuvieron separados o divorciados? No  Si

¿Su madre o su madrastra a menudo, o con mucha frecuencia, fueron empujadas, agarradas, abofeteadas o le arrojaron algo? ¿O a veces o a menudo, pateado, mordido, golpeado con un puño o golpear con algo duro? O golpear repetidamente durante al menos unos minutos o amenazar con un arma o cuchillo? No  Si

¿Vivió con alguien que era un bebedor problemático o alcohólico, o que usaba drogas ilegales? No  Si

¿Estaba un miembro de la familia deprimido o mentalmente enfermo, o un miembro de la familia intentó suicidarse? No  Si

¿Un miembro de la familia fue a prisión? No  Si

Sume la cantidad de respuestas "Sí" para obtener su puntaje ACE: \_\_\_\_\_