



Alssaro Counseling Services, PLLC

Autoevaluación de Adulto

Nombre: _____ Fecha: _____

PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES

Describe el problema por el cual esta aqui hoy: _____

Favor de marcar todos los comportamientos y sintomas que considera problemáticos:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Distraido | ☐ Falta/cambio de apetito | ☐ Sospecha/paranoia |
| ☐ Hiperactivo | ☐ Falta de motivación | ☐ Pensamientos múltiples |
| ☐ Impulsivo | ☐ Energía excesivo | ☐ Deseos de estar solo |
| ☐ Aburrido | ☐ Ansiedad/preocupación | ☐ Cambios de humor |
| ☐ Falta memoria/confusion | ☐ Ataques de pánico | ☐ Insomnio |
| ☐ Cambios de humor estacionales | ☐ Miedo estar fuera de casa | ☐ Pesadillas |
| ☐ Tristeza/depresión | ☐ Antisocial | ☐ Problemas para comer |
| ☐ Perdida de placer/interés | ☐ Pensamientos obsesivos | ☐ Problemas de juego |
| ☐ Falta de espereanza | ☐ Compulsivo | ☐ Adicción al internet |
| ☐ Pensamientos de muerte | ☐ Peleas/agresión | ☐ Problemas con la pornografía |
| ☐ Hacerse daño | ☐ Discutir a menudo | ☐ Problemas de crianza de hijos |
| ☐ Episodios de llanto | ☐ Ira/Irritabilidad | ☐ Problemas sexuales |
| ☐ Soledad | ☐ Pensar en homicidio | ☐ Problemas de relación |
| ☐ Baja autoestima | ☐ Escena restrospectiva | ☐ Problema de trabajo/escuela |
| ☐ Culpa/vergüenza | ☐ Escucha voces | ☐ Alcohol/drogas |
| ☐ Fatiga | ☐ Alucinación visual | ☐ Pensamientos múltiples |
| ☐ Otros: _____ | | |

¿Sus problemas afectan algo de lo siguiente?

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| ☐ Cumplir los deberes del día | ☐ Autoestima | ☐ Relaciones personales | ☐ Higiene |
| ☐ Actividades recreacionales | ☐ Escuela/trabajo | ☐ Asuntos del hogar | ☐ Salud |
| ☐ Cuestiones legales | ☐ Finanzas | ☐ Actividad sexual | |



Alssaro Counseling Services, PLLC

☐ Si ☐ No

¿Ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o ha atentado de lastimarse a si mismo?
Si su respuesta es si, por favor explique:_____

☐ Si ☐ No

¿Ha tenido pensamientos, hecho declaraciones o ha atentado de lastimar a otra
persona? Si su respuesta es si, por favor explique:_____

☐ Si ☐ No

¿Ha sido lastimado sicológicamente o amenazado por alguien en los últimos dias? Si
su respuesta es si, por favor explique:_____

HISTORIAL FAMILIAR Y DESARROLLO MENTAL

Parentesco	Nombre	Edad	Tipo de relación	Problemas de salud mental en familia	Nombre del familiar
Madre				Hiperactividad	
Padre				Abuso sexual	
Madrastra				Depresión	
Padrastro				Maníaco depresivo	
Hermanos/as				Suicidio	
				Ansiedad	
				Ataques de pánico	
				Obsesivo-Compulsivo	
Pareja				Ira/abusivos	
Otros parientes				Esquizofrenia	
				Problemas alimenticios	
				Abuso de alcohol	
				Abuso de drogas	

☐ Padres legalmente casados o viviendo juntos

☐ Madre volvió a casarse:_____ Number of times:_____

☐ Padres temporalmente separados

☐ Padre volvió a casarse:_____ Number of times:_____

☐ Padres divorciados o permanentemente separados



Alssaro Counseling Services, PLLC

¿Ha experimentado alguno de los siguientes tipos de trauma o pérdida?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Abuso emocional | ☐ Decuido | ☐ Vivió en orfanato o pensión |
| ☐ Abuso sexual | ☐ Violencia en casa | ☐ Múltiples mudanzas en la familia |
| ☐ Abuso físico | ☐ Víctima de algún crimen | ☐ Falta de casa |
| ☐ Abuso de adicciones en los padres | ☐ Enfermedad de los padres | ☐ Pérdida de un ser querido |
| ☐ Embarazo en la adolescencia | ☐ Adopción | ☐ Problemas económicos |

PREVIO TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Si	No	Tipo de Tratamiento	¿Cuándo?	Proveedor/Programa	Razón por tomar este tratamiento
		Terapia psicológica			
		Medicación para la Salud Mental			
		Hospitalización psiquiátrica			
		Tratamiento para alcohol/drogas			
		Grupos de Apoyo			



Alssaro Counseling Services, PLLC

HISTORIAL DEL USO DE SUSTANCIAS

Tipo de sustancia	Uso (últimos 6 meses)				Uso en el pasado (más allá de 6 meses)			
	S	N	Frecuencia	Cantidad	S	N	Frecuencia	Cantidad
Tabaco								
Cafeína								
Alcohol								
Marijuana								
Cocaína/crack								
Éxtasis								
Heroína								
Inhalantes								
Metanfetaminas								
Pastillas para el dolor								
PCP/LSD								
Esteroides								
Tranquilizantes								

☐ Si ☐ No

¿Ha tenido algunos síntomas al tratar de dejar dicha dependencia/sustancia? Si su respuesta es sí, por favor explique:_____

☐ Si ☐ No

¿Ha tenido problemas con el trabajo, amistades, relaciones, salud, la ley, etc. Por consecuencia del uso de estas sustancias? Si su respuesta es sí, por favor explique:_____

INFORMACION MÉDICA

Médico de atención primaria:_____

Fecha del último examen físico:_____

¿Ha experimentado alguna de las siguientes enfermedades durante toda su vida?

☐ Alergias

☐ Asma

☐ Dolores de cabeza

☐ Dolores estomacales

☐ Dolores crónicos

☐ Cirugías

☐ Graves accidentes

☐ Heridas a la cabeza

☐ Mareos/Desmayos

☐ Meningitis

☐ Epilepsia

☐ Problemas de visión

☐ Altas fiebres

☐ Diabetes

☐ Sordera

☐ Infecciones del oído

☐ Aborto espontáneo

☐ Abortos

☐ Insomnio

☐ Infecciones por transmisión sexual

☐ Otros:_____



Alssaro Counseling Services, PLLC

Por favor nombra cualquier otro problema de salud reciente: _____

☐ Si ☐ No ¿Esta tomando medicamentos? Si su respuesta es si, por favor indíquelos abajo:

Medicamento	Dosis	Fecha primera de la receta medica	Quien recetó

☐ Si ☐ No Favor de indicar medicamentos en mostrador (incluyendo vitaminas, remedios hierbales, etc.): _____

☐ Si ☐ No ¿Cualquier alergias y/o reacciones a medicamentos? Si su respuesta es si, por favor explique: _____

INFORMACION PERSONAL, SOCIAL Y CULTURAL

Por favor describe su apoyo social (marcar los que aplican):

- ☐ Familia ☐ Vecinos ☐ Amigos
☐ Estudiantes ☐ Compañeros del trabajo ☐ Grupos de apoyo
☐ Grupos de la comunidad ☐ Centro religioso (¿Cuál?: _____)

¿A cuál grupo étnico/cultural pertenece usted? _____

Si ha experimentado dificultades relacionadas con problemas étnico/cultural, por favor explique: _____

¿Qué tan importantes son los asuntos espirituales para usted? ☐ Nada ☐ Poco ☐ Algo ☐ Mucho

☐ Si ☐ No ¿Le gustaria incluir creencias espirituales/religiosas en su terapia?

Por favor describa sus habilidades, talentos y destrezas: _____

Describe cualquier otra área en especial de interés de usted (arte, leer, deporte, etc.): _____



Alssaro Counseling Services, PLLC

INFORMACIÓN VARIADA

Employment

Empleador: _____

Posición: _____ Período de tiempo: _____

Deberes del trabajo: _____

Otros empleos que ha tenido: _____

Nivel de estrés del trabajo: ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto

Educación

☐ Si ☐ No ¿Estás actualmente asistiendo a la escuela? Si su respuesta es si, ¿Donde estudia?

☐ Graduado de preparatoria? o ☐ GED? Año: _____

☐ Título de asociado Año: _____ Área de estudio: _____

☐ Título de grado Año: _____ Área de estudio: _____

☐ Título de máster Año: _____ Área de estudio: _____

Military Service

☐ Si ☐ No ¿Ha estado/esta actualmente en el ejército?

Rama: _____ Fecha de descarga: _____

Tipo de descarga: _____ Rango: _____

☐ Si ☐ No ¿Estuviste en combate?

Legal

☐ Si ☐ No ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito? Si su respuesta es si, por favor explique: _____

☐ Si ☐ No ¿Está involucrado en cualquier divorcio o procedimientos de custodia de menores? Si su respuesta es si, por favor explique: _____
