



EVALUACIÓN DEL CLIENTE por clientes de Belita Proctor

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA de NACIMIENTO: _____ Fecha de evaluación: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: CASA _____ TRABAJO _____ CELULAR _____

Si clients es un menor de edad, nombres de los padres o Representante Legal

Madre: _____ Padre: _____

Sexo: ___ M ___ F Estado Civil: ___ Soltero; ___ Casado; ___ Separado/divorciados; ___ Pareja

Nombre de esposo/a: _____ teléfono: _____

* **CONTACTO DE EMERGENCIA** _____ teléfono: _____

Relación con el cliente _____

	Los hijos o Hermanos del cliente	Sexo	Fecha de nacimiento	Vivien en casa?	
1.	_____	_____	_____	S	N
2.	_____	_____	_____	S	N
3.	_____	_____	_____	S	N
4.	_____	_____	_____	S	N
5.	_____	_____	_____	S	N

¿Dónde trabaja? Ocupación _____

¿Alergias? _____

¿Problemas Médicos? _____

Medicación y dosis/frecuencia & en el mercado extrebursátil _____

¿Ha tenido hospitalizaciones psiquiátricas? No ___ Si la respuesta es sí , nombre de hospital, fechas de admission/
sustantivo _____

¿Ha tenido tratamiento psicológico? No ___ Si la respuesta es sí, Fecha(s), con
quién? _____

Historia Espiritual:

¿En qué denominación fue criado? _____

¿Cómo se siente de Dios? _____

¿Qué ministerios participa usted? _____

¿Alguna vez ha estado involucrado, voluntaria o involuntariamente, en la brujería? ___ WICCA? ___ Otros cultos? ___

Historial Académico (Adultos completa este parte tambien)

Grado más alto logrado? _____ En qué país _____

Si cliente es estudiante, nivel actual? _____ Nombre de la escuela? _____

¿Tuviste problemas de aprendizaje? _____

¿Se ha colocado en la educación especial? _____

¿Nivel(es) repetido(s)? _____

Problemas de separación de los padres? _____

Problemas de conducta? _____

Disminución de las notass? _____

Denegación/el absentismo escolar? _____

Historia Legal (Por favor, incluya las fechas de DUI, DWI, detenciones, violencia, encarcelamientos y donde etc.)



EVALUACIÓN DEL CLIENTE por clientes de Belita Proctor cont.

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ Fecha de evaluación _____

Por favor, marque con X todas que aplican a su pasado y ahora si se trata de algo que haya experimentado en el último mes:

Pasado	Ahora		Pasado	Ahora		Pasado	Ahora	
		Enojarse			Pesadillas			Ansiedad
		Maldición			Noches de insomnio			Orinarse en la cama
		Destrucción de la propiedad			Dormir demasiado			Mojarse o ensuciarse en el día
		Comer demasiado/purgativo			No tienen energía			Miedos
		Verbalmente abusivo			Culpabilidad			Pánico
		Lastimarte a ti mismo			Llorando			Fobia
		Buscar actividad sexual			Vergüenza			Torpeza
		Mentir			Problema concentrando			Pobre desempeño sexual
		Lucha			Ganancia de peso			Disminución del deseo sexual
		Gastar demasiado dinero			Aumento del apetito			Sensación de inquieto
		Robar			Disminución o/ no hay apetito			Dificultad para prestar atención
		Arrebatos			Pérdida de peso			Dificultad para organizar tareas
		Tirar las cosas			Aislamiento de gente			Olvido de las actividades diarias
		Uso de medicamentos no recetados			Le faltaba motivación			No siga las instrucciones
		Uso de drogas			Baja autoestima			Sentirse como un niño cuando estás molesto
		El consumo de alcohol			Pensamientos rápidos			Recuerdos
		Deseo de herir o matar a alguien			Demasiada energía			Hipervigilancia
		Quiere matarte			Siento deseos de vete			Sobresalto exagerada
		Ver pornografía			Oír voces			Ver cosas que no existe

Las relaciones y las relaciones personales : G = Bueno , F = regular o OK , P = Pobre o Malo, y NA = no aplicable.

Madre ____; hermanas ____; las amigas ____; las maestras ____; los jefes mujeres ____; mujeres en el poder ____
 Padre ____; hermanos ____; los amigos ____; los maestros ____; los jefes masculinos ____; hombres en autoridad ____
 Capacidad de escuchar a otros: _____ Capacidad de expresar sus pensamientos y sentimientos: _____

Historia de consumo de alguna sustancia ? No ____ Si la respuesta es sí, por favor, responda a las siguientes:

¿A qué edad empezó? _____ ¿Qué influyó para empezar? _____
 Fecha de la última utilización: _____ Las drogas de elección: _____

Círculo tratamientos para el consumo de sustancias : Ninguno, NA o AA, detox, rehabilitación, grupo, intensivo individuo

Historia: Marca y dar información sobre todos que apliquen.

____ abuso emocional/ abuso verbal? _____
 ____ abuso físico? _____
 ____ abuso sexual / violación? _____
 ____ descuidar /negligencia? _____
 ____ divorcio de los padres o el propio divorcio? _____
 ____ cualquier tipo de accidente? _____
 ____ fallecer de una persona amada o una mascota? _____
 ____ aborto? _____
 ____ se mudó mucho? _____
 ____ emigró(¿de donde? ¿Cuántos años tenía?) _____

¿Por qué buscas terapia en este momento?: _____

Cliente Firma (o representante del cliente) _____ Fecha _____