

Coastal Haven Counseling, LLC  
220 Ronnie Ct Suite 2  
Myrtle Beach, SC 29579  
(843) 945-0346



Coastal Haven Counseling, LLC  
3100 Dick Pond Rd Ste D2  
Myrtle Beach, SC 29588  
(843) 945-0346

Sandra Quast, MA, LPC  
Cell: (843) 945-0346

Jill Anderson, MA, LPC  
Cell: (704) 223-0623

Sandy Johnson, MS, LPC  
Cell: (843) 605-0514

Lauren King, LISW-CP  
Cell (843) 504-8346

Jennifer McGonigal, LPC  
Cell: (843) 333-1040

Michael Pickett, LPC  
Cell: (843) 907-2024

Paola Goyeneche, LPC  
Cell: (843) 424-7705

Diane Clark PhD, LPC  
Cell: (910) 712-6824

## *Evaluación clínica inicial*

*Tenga en cuenta: La información proporcionada en esta forma se protege como información confidencial.*

### **Informacion personal:**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre / tutor legal (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Si  No

Celular / Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Podemos texto o dejar un mensaje? Si  No

E-mail: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje? Si  No

*\*Tenga en cuenta: E-mail o mensajes de texto correspondencia no se considera que es un medio de comunicación confidencial.*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Casado  Nunca Sociedad Doméstica  Casado

Separado  Divorciado  Viudo

Referido por (si las hay):

\_\_\_\_\_

Razón por la que está buscando tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Áreas de su vida que está afectando:

---



---



---

Los miembros del hogar, la edad y la relación:

---



---



---

el riesgo de suicidio?  Deniega  Las ideas  Planes  Hx de intentos  Hx en la familia

riesgo homicida?  Deniega  Las ideas  Planes  Hx de intentos  Hx en la familia

La automutilación?  Deniega  Las ideas  Planes  Hx de intentos  Hx en la familia

Otros comportamientos de riesgo:

Deniega  El exceso de velocidad  relaciones sexuales sin protección  afiliaciones Gang  
prender fuego  La violencia

Las medidas adoptadas para hacer frente a las necesidades urgentes:

---

### Historia:

¿Ha recibido previamente ningún tipo de servicios de salud mental (psicoterapia, servicios psiquiátricos, etc.)?

Si  No  anterior terapeuta / médico: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su diagnóstico: \_\_\_\_\_

Ayudó a los tratamientos anteriores? Si  No

¿Qué aprendió de su tratamiento anterior?

---



---

¿Cuándo y dónde estaba su tratamiento anterior? Paciente interno o externo?

---

---

**Información sobre la Salud Mental general y:**

1. ¿Cómo calificaría su salud física actual?

Mala  Satisfactorio   Muy Bueno

Por favor, enumere los problemas específicos de salud que está experimentando actualmente:

---

---

2. ¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales?

Mala  Satisfactorio   Muy Bueno

Por favor, enumere los problemas específicos del sueño que está experimentando actualmente: Ninguno

---

3. ¿Cuántas veces a la semana por lo general, hace ejercicio?

---

¿Qué tipo de ejercicio hace participar en? \_\_\_\_\_

4. Por favor escriba cualquier dificultad que pueda tener con sus problemas de apetito o comer:

Ninguno  \_\_\_\_\_

5. ¿Está actualmente experimentando tristeza abrumadora, el dolor o la depresión?

Si  No  En caso afirmativo, por aproximadamente cuánto tiempo?

---

6. ¿Está actualmente experimentando ansiedad, ataques de pánicos o tienen alguna fobia?

Si  No  En caso afirmativo, ¿cuándo comienza a experimentar esto?

---

7. ¿Está actualmente experimentando dolor crónico? Si  No

En caso afirmativo, describa:

---

8. ¿Cuántas veces a la semana consume alcohol? \_\_\_\_\_ Cuando beba, lo tipo de bebida qué bebes, y cuánto? \_\_\_\_\_

9. ¿Con qué frecuencia se involucra en el uso de drogas?

Diaria semanal    Mensual De vez en cuando  Nunca

10. ¿Se encuentra actualmente en una relación romántica? No  Sí

Si es así, ¿por cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_

En una escala de 1-10 (siendo 1 Pobre y 10 excepcional), ¿cómo calificaría su relación? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuáles son los mayores desafíos que tenga con su relación personal?

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

12. ¿Qué cambios significativos de la vida o acontecimientos estresantes que han experimentado recientemente?

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

13. ¿Quién es su médico de atención primaria (nombre, teléfono y dirección):

\_\_\_\_\_

Has client ever had problems with:

Seizure/epilepsy	Y N _____	Drug Abuse	Y N _____
Diabetes	Y N _____	Heart Problems	Y N _____
Lung Disease	Y N _____	Thyroid Disease	Y N _____
Tuberculosis	Y N _____	Kidney Disease	Y N _____
High Blood Pressure	Y N _____	Anemia	Y N _____
Hepatitis	Y N _____	Trouble with seeing	Y N _____
STDs	Y N _____	Trouble Hearing	Y N _____
Head Injury	Y N _____	Chronic Pain	Y N _____
Alcohol Abuse	Y N _____	Asthma	Y N _____

Las hospitalizaciones cliente médica ha tenido en el pasado? (Cirugías, enfermedades, accidentes, etc.)

Razón	Fecha
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Los medicamentos actuales (incluso los medicamentos recetados, de venta libre o medicamentos a base de hierbas)

Nombre del medicamento	Dosis	dado para
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia a alimentos, medicamentos u otras cosas?  Y  N \_\_\_\_\_

### **Familia Mental Historia de la Salud:**

En la sección de abajo a identificar si hay antecedentes familiares o si tiene algún problema con cualquiera de los siguientes. En caso afirmativo, indique la relación del miembro de la familia a usted (padre, abuela materna, tío paterno, etc.).

Abuso de Alcohol / Sustancia: sí / no \_\_\_\_\_

Ansiedad: sí / no \_\_\_\_\_

Depresión: sí / no \_\_\_\_\_

Trastorno bipolar: sí / no \_\_\_\_\_

La violencia doméstica: sí / no \_\_\_\_\_

Trastornos de la alimentación: sí / no \_\_\_\_\_

Obesidad: sí / no \_\_\_\_\_

Obsesivo compulsivo Comportamiento: sí / no \_\_\_\_\_

Esquizofrenia: sí / no \_\_\_\_\_

Los intentos de suicidio: sí / no \_\_\_\_\_

Homicidio o intentos: si no \_\_\_\_\_

Abuso sexual de cliente o de otros miembros de la familia si / no

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please check all of the behaviors and symptoms that you consider a problem:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Distractibility    | <input type="checkbox"/> Change in appetite    | <input type="checkbox"/> Excessive energy      |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivity      | <input type="checkbox"/> Lack of motivation    | <input type="checkbox"/> Mood swings           |
| <input type="checkbox"/> Impulsivity        | <input type="checkbox"/> Withdrawal from       | <input type="checkbox"/> Sleep problems        |
| <input type="checkbox"/> Boredom            | people   | <input type="checkbox"/> Nightmares            |
| <input type="checkbox"/> Poor memory        | <input type="checkbox"/> Anxiety/worry         | <input type="checkbox"/> Eating problems       |
| <input type="checkbox"/> Confusion          | <input type="checkbox"/> Panic attacks         | <input type="checkbox"/> Gambling problems     |
| <input type="checkbox"/> Seasonal mood      | <input type="checkbox"/> Specific fears        | <input type="checkbox"/> Computer addiction    |
| changes                                     | <input type="checkbox"/> Social discomfort     | <input type="checkbox"/> Pornography problems  |
| <input type="checkbox"/> Sadness/depression | <input type="checkbox"/> Obsessive thoughts    | <input type="checkbox"/> Parenting problems    |
| <input type="checkbox"/> Loss of            | <input type="checkbox"/> Compulsive behavior   | <input type="checkbox"/> Sexual problems       |
| pleasure/interest                           | <input type="checkbox"/> Aggression/fights     | <input type="checkbox"/> Relationship problems |
| <input type="checkbox"/> Hopelessness       | <input type="checkbox"/> Frequent arguments    | <input type="checkbox"/> Work/school problems  |
| <input type="checkbox"/> Thoughts of death  | <input type="checkbox"/> Irritability/anger    | <input type="checkbox"/> Alcohol/drug use      |
| <input type="checkbox"/> Self-harm          | <input type="checkbox"/> Homicidal thoughts    | <input type="checkbox"/> Recurring bad         |
| <input type="checkbox"/> Crying spells      | <input type="checkbox"/> Flashbacks            | memories or nightmares                         |
| <input type="checkbox"/> Loneliness         | <input type="checkbox"/> Hearing voices        |  |
| <input type="checkbox"/> Low self-worth     | <input type="checkbox"/> Visual hallucinations |  |
| <input type="checkbox"/> Guilt/shame        | <input type="checkbox"/> Suspicion of others   |  |
| <input type="checkbox"/> Fatigue            | <input type="checkbox"/> Racing thoughts       |  |

### Información Adicional:

1. ¿Está actualmente empleado? Si  No

En caso afirmativo, ¿quién es su empleador actual?

¿Disfrutas tu trabajo? Si  No

¿Hay algo estresante de su trabajo actual? \_\_\_\_\_

2. ¿Usted se considera ser espiritual o religiosa? Si  No

En caso afirmativo, describa su fe o creencia y lugar de culto, en su caso:

---

3. ¿Dónde nació y se crió?

---

4. Describe la familia que te crió: (cuántos hermanos, la calidad de las relaciones):

---

---

5. Describir las relaciones familiares actuales: (significativos otros niños calidad de las relaciones???):

---

---

6. Describir las relaciones significativas del pasado (matrimonios, divorcios, separaciones, etc.):

---

---

7. Describir cualquier pérdida / separaciones significativas de cualquier miembro de la familia / otros significativos (incluyendo la pérdida de los animales domésticos, las funciones físicas, propiedades / posesiones, etc.):

---

---

8. Describir la situación actual de la vivienda (casa, casa móvil, casas de hospedaje, refugio, sin hogar, etc.): Cualquier necesidad?

---

9. Cualquier problemas / temas / cambios con el sexo / sexualidad?

---

---

10. Describa la participación social actual (actividades que disfrute con otros):

---

---

11. Describa actual participación espiritual / religiosa:

---

12. Describir formación académica (. Qué tan lejos en la escuela, escuela técnica, universidad, educación especial, programas especiales, Nivel máximo):

---

13. Historia de las implicaciones legales, así como los posibles problemas legales actuales:

---

14. ¿Ha experimentado traumas del pasado? (Sexuales, accidentes, violencia doméstica, ...)

---



---



---

15. ¿Qué le gustaría lograr provecho de su tiempo en la terapia?

---



---

16. ¿Cómo va usted o su vida diferente cuando esté listo para la descarga de la terapia? Completa esta oración ...

*Voy a estar listo para la descarga cuando ...*

---



---



---

### **Fortalezas, necesidades, capacidades y preferencias:**

**Puntos fuertes:** (Familiar, social, espiritual y aficiones que han ayudado a superar las crisis anteriores):

---



---

**Necesariamente:** (Expresión del cliente de las necesidades actuales: emocionales, físicas y ambientales):

---



---

**Habilidades:** la capacidad del cliente para seguir con el tratamiento \_\_\_\_\_ (sí / no), El cliente entiende las instrucciones y está dispuesto a participar en el tratamiento \_\_\_\_\_ (sí / no).

**preferencias:** día de la cita / noche (círculo).



¿Está actualmente buscando tratamiento de otro proveedor: Si no

ESTADO MENTAL				
<i>Afectar</i>	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> Embotado	<input type="checkbox"/> constreñida	<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Lábil
<i>Apariencia</i>	<input type="checkbox"/> Bien cuidadas	<input type="checkbox"/> Despeinado	<input type="checkbox"/> Inapropiado	
<i>Actitud</i>	<input type="checkbox"/> Cooperativa	<input type="checkbox"/> Guardado	<input type="checkbox"/> Incooperativo	
<i>Estado animico</i>	<input type="checkbox"/> eutímico	<input type="checkbox"/> Deprimido	<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> eufórico
<i>Actividad del motor</i>	<input type="checkbox"/> Calma	<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Temblores / Tics
<i>Proceso de pensamiento</i>	<input type="checkbox"/> Intacto	<input type="checkbox"/> Circunstancial	<input type="checkbox"/> Tangencial	<input type="checkbox"/> Assoc suelto.
<i>el contenido del pensamiento</i>	<input type="checkbox"/> Apropiado	<input type="checkbox"/> alucinaciones	<input type="checkbox"/> Ilusiones	
<i>Orientación</i>	<input type="checkbox"/> completamente orientado	Desorientado en cuanto a: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> PA Gersona		

Diagnóstico:

---



---



---

Criterios para el Diagnóstico:

---



---



---