

Christopher J. BH. Bauchman, PsyD, LLC

Licensed Psychologist
100 Village Square Crossing
Suite 204
Palm Beach Gardens, FL 33410

Información de paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ NSS: ____ - ____ - ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfonos

¿Dejar mensaje?

Casa: _____ Si No ¿Contacto Primario?

Trabajo: _____ Si No ¿Contacto Primario?

Móvil: _____ Si No ¿Contacto Primario?

¿Te gustaría una llamada recordatorio el día antes de su cita? Si No

EMAIL: _____

Contacto emergencia: Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Información de seguro

Seguro Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de asegurado: _____ Relación: _____

Seguro ID: _____ Grupo #: _____

Asegurado FDN: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____ Empleador: _____

Asegurado dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Seguro Secundario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de asegurado: _____ Relación: _____

Asegurado ID: _____ Grupo #: _____

Asegurado FDN: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____ Empleador: _____

Asegurado dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Por la presente autorizo la divulgación de todos los registros médicos necesarios para procesar una reclamación de seguro. Por la presente autorizo a mi compañía de seguros para realizar pagos directamente a Christopher J. BH. Bauchman, PsyD, psicólogo licenciado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de seguros, a menos que por escrito de otra manera por Christopher J. BH. Bauchman, PsyD.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Antecedentes

Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre: _____

Referido por: _____

Genero: _____

Orientación Sexual: _____

Grupo étnico y racial: _____

Por favor describa lo que te trajo hoy aquí:

¿Ha recibido tratamiento para este problema antes? Si No

¿Cómo es tu sueño? (el número de horas / noche, vigilia, dificultad)

¿Te has ganado o perdido peso sin proponérselo en los últimos seis meses? Si No

¿Usted está luchando con cualquier lo siguiente?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Agresión | <input type="radio"/> Vicios de audición | <input type="radio"/> Problemas crianza de hijos |
| <input type="radio"/> Alcohol o uso de drogas | <input type="radio"/> Desesperación | <input type="radio"/> Pensamientos rápidos |
| <input type="radio"/> Ansiedad/preocupación | <input type="radio"/> Hiperactividad | <input type="radio"/> Problemas de relaciones |
| <input type="radio"/> Preocupación de imagen cuerpo | <input type="radio"/> Impulsividad | <input type="radio"/> Tristeza |
| <input type="radio"/> Cambios en el apetito | <input type="radio"/> Irritabilidad | <input type="radio"/> Autolesiones |
| <input type="radio"/> Comportamiento compulsivo | <input type="radio"/> Soledad | <input type="radio"/> Problemas Sexual |
| <input type="radio"/> Llorando | <input type="radio"/> Pérdida del placer | <input type="radio"/> Problemas de dormir |
| <input type="radio"/> Distracción | <input type="radio"/> Autoestima baja | <input type="radio"/> Estrés |
| <input type="radio"/> Problemas de comer | <input type="radio"/> Dificultades de memoria | <input type="radio"/> Sospecha/paranoia |
| <input type="radio"/> Cansancio | <input type="radio"/> Pesadillas | <input type="radio"/> Pensamientos de muerte |
| <input type="radio"/> Problemas de juego | <input type="radio"/> Pensamientos obsesivos | <input type="radio"/> Pensamientos de dañar otro |
| <input type="radio"/> La culpa/vergüenza | <input type="radio"/> El uso excesivo de internet | <input type="radio"/> Cambios de humor |
| <input type="radio"/> Alucinaciones | <input type="radio"/> Ataques de pánico | <input type="radio"/> Problemas trabajo/escuela |

¿Alguno de los siguientes afectados por lo que trae?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Ejercicio | <input type="radio"/> Relaciones | <input type="radio"/> Actividades recreativas |
| <input type="radio"/> Finanzas | <input type="radio"/> Higiene | <input type="radio"/> Autoestima |
| <input type="radio"/> Salud general | <input type="radio"/> Asuntos legales | <input type="radio"/> Actividad Sexual |
| <input type="radio"/> Manejo de las tareas cotidianas | <input type="radio"/> Funcionamiento sexual | <input type="radio"/> Espiritualidad/fe |
| <input type="radio"/> Viviendas | | |

¿Ha tenido pensamientos, hecho declaraciones, o el intento de hacer daño a ti mismo? Si No¿Alguna vez has tenido pensamientos, hizo declaraciones, o el intento de hacer daño a otra persona? Si No

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes experiencias?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Víctima del delito | <input type="radio"/> Vivir en una casa de acogida | <input type="radio"/> A buso físico |
| <input type="radio"/> Abuso emocional | <input type="radio"/> Pérdida de un ser querido | <input type="radio"/> Poner un niño en adopción |
| <input type="radio"/> Falta de vivienda | <input type="radio"/> Múltiples movimientos familiares | <input type="radio"/> Grave accidente de auto |
| <input type="radio"/> Enfermedad que amenaza la vida | <input type="radio"/> Negligencia | <input type="radio"/> Abuso sexual o asalto |
| <input type="radio"/> Adopción | <input type="radio"/> Abuso de sustancias de los padres | <input type="radio"/> Violencia en el hogar |

Historia Personal

Familia: Por favor escriba los miembros de su familia de origen (padres, hermanos, hermanas, etc.)

Nombre	Relación	Edad	Empleador/Escuela	Calidad de Relación
--------	----------	------	-------------------	---------------------

Amigos/Elegido Familia: Por favor, se escriba los miembros de su familia/de la comunidad elegidos que son importantes en su vida diaria:

Nombre	Relación	Edad	Empleador/Escuela	Calidad de Relación
--------	----------	------	-------------------	---------------------

¿Con quién viviste la mayoría cuando eras un niño? (Antes de edad 16)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Padres biológicos | <input type="radio"/> Otro pariente |
| <input type="radio"/> Padre solo | <input type="radio"/> Pariente y padrastro |
| <input type="radio"/> Madre solo | <input type="radio"/> Padres adoptivos / Familia |
| <input type="radio"/> Cuidado de Crianza | <input type="radio"/> Otro _____ |

Durante su infancia ¿alguna vez herido de la disciplina utilizada por sus padres? Si No

Durante su infancia ¿alguna vez ver a sus cuidadores tienen peleas físicas entre sí? Si No

¿Fue arrestado alguna vez por la policía antes de cumplir los 16 años? Si No

Hoy mismo estás: Solo Estas saliendo Comprometido Socio/a

Relación domestica Casado Divorciado Viudo

Cuanto tiempo? _____

¿Se siente seguro en su relación actual? Si No

¿Qué tan satisfecho está usted con su matrimonio / relación? (círculo #)

Extremadamente Insatisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Extremadamente Satisfecho

¿Qué tan satisfecho está usted con su relación con su cónyuge / pareja? (círculo #)

Extremadamente Insatisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Extremadamente Satisfecho

¿Qué tan satisfecho está usted con su pareja como un cónyuge / pareja? (círculo #)

Extremadamente Insatisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Extremadamente Satisfecho

¿Qué tan satisfecho está usted con su vida sexual en su relación actual? (círculo #)

Extremadamente Insatisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Extremadamente Satisfecho

Relaciones anteriores / Matrimonios: _____

¿Hay un socio de una relación anterior que está haciendo su sentir insegura ahora? Si No

¿Tiene hijos menores de 18 años que viven con usted en su casa? Si No

Hijo #1 - Edad: _____ Sexo: _____ Genero: _____

Hijo #2 - Edad: _____ Sexo: _____ Genero: _____

Hijo #3 - Edad: _____ Sexo: _____ Genero: _____

Mas alto nivel de educación: _____

¿Empleado? Si No ¿Posición & cuanto tiempo? _____

¿Práctica o afiliación religiosa o espiritual? _____

Por favor describa su sistema de apoyo: _____

¿Aficiones?

¿Alguna vez ha demandado? Si No ¿Alguna vez ha iniciado una demanda? Si No

(En caso afirmativo, por favor explique)

Información Médico

Doctor: _____ Clínica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Última física: _____

Problemas de salud actuales o enfermedades: _____

Enfermedades pasadas: _____

Cirugías:

¿Alguna vez has tenido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral de una caída, accidente, u otro tipo de accidente? _____

¿Está usted actualmente tomando medicamentos no psiquiátricos? Yes No (En caso afirmativo, indique)

Salud Mental

¿Alguna vez ha participado en la terapia o consejería antes? Si No

Fechas Proveedor ¿Qué fue útil / no?

¿Está usted actualmente recetado algún medicamento psiquiátrico? Si No En caso afirmativo, ¿está usted tomando como prescrito?

¿Has sido previamente prescrito medicamentos para su nervios, depresión, ansiedad, sueño, etc.? Si No (En caso afirmativo, indique)

Alguna vez ha sido hospitalizado o recibido tratamiento hospitalario por una condición de salud mental? Si No (En caso afirmativo, indique cuándo, dónde, por qué)

¿Hay miembros de su familia que han estado en la medicación, hospitalizados o en alguna otra manera tratado por un problema de salud mental? Si No (En caso afirmativo, por favor explique)

Abuso de Sustancia

Por favor, describa su consumo de cafeína: _____

Por favor describa su consumo de alcohol: _____

El consumo de alcohol en el pasado: _____

Por favor describa cualquier uso actual o pasado de drogas incluyendo, cocaína, crack, éxtasis, heroína, inhalantes, marihuana, metanfetaminas, calmantes, PCP / LSD, esteroides, tabaco, tranquilizantes u otra:

¿Hay miembros de su familia que han tenido problemas con el alcohol o las drogas? Si No
(en caso afirmativo, por favor explique)

Historia Legal

¿Está usted actualmente o ha sido en el pasado involucrado en cualquier procedimiento legal? Si No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Alguna vez ha sido arrestado? Si No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Expectativas

¿Qué esperas para salir de la consejería, ¿qué le gustaría ver cambiar?

Espero terapia durar

0-6 sesiones 6-10 sesiones 11-20 sesiones 21-52 sesiones Más de 52 sesiones

Después de consejería, espero que los temas que tienen la intención de abordar ser:

No mejor Poco Mejor Moderado mejor Mayoría mejor Todo mejor

El dolor y la angustia causada por lo que me está trayendo es:

Muy leve Leve Moderado Grave Muy Grave

El dolor y el sufrimiento causados por los demás por lo que me está trayendo es:

Muy leve Leve Moderado Grave Muy Grave

Gracias por darme esta información importante.