



Maria Coleman, LMFT
 Licensed Marriage and Family Therapist
 Terapeuta Licenciada Familiar
 #92626

Client Information
Información del Cliente

Please complete all items. Each item has importance and will be useful in providing the best quality of service to you.
 Please print or write legibly.
 Por favor complete esta información. Cada elemento tiene importancia y será útil para proporcionarle la mejor calidad de servicio. Por favor, use letra de molde o escriba en forma legible.

Name of Client Nombre del Cliente	DOB Fecha de nacimiento	Age Edad	Gender Género
--------------------------------------	----------------------------	-------------	------------------

Address Dirección	City Ciudad	Zip Código postal	Soc. Sec. # # Seg. Social
----------------------	----------------	----------------------	------------------------------

Phone: Home Teléfono: Casa	Cell Celular	Work Trabajo
-------------------------------	-----------------	-----------------

E-mail address Correo electrónico	How would you like to be contacted? ¿Cómo le gustaría ser contactado/a?
--------------------------------------	--

Race/ethnicity/nationality Raza/origen étnico/nacionalidad	Religious affiliation Religión
---	-----------------------------------

Employer Empleador	Occupation Ocupación
-----------------------	-------------------------

Employer address Dirección de empleo	City Ciudad	Zip Código postal
---	----------------	----------------------

Name of school/Nombre de escuela

School address
Dirección de escuela

Last grade completed / Último año terminado Major/Especialidad

Marital Status Living Situation
 Estado Civil ¿Con quién vive?

Emergency contact Contacto de emergencia	Name Nombre	Relationship Relación	Phone Teléfono
---	----------------	--------------------------	-------------------

The above information is correct to the best of my knowledge
 La información anterior es correcta según mi conocimiento

Print Name (Nombre en letra de molde)

Signature (Firma) Date (Fecha)

Client Questionnaire
Cuestionario del Cliente

AREAS OF CONCERN
ÁREAS DE PREOCUPACIÓN

Describe reason for seeking treatment
Describa la razón porqué busca tratamiento _____

What symptoms are you experiencing? ¿Qué síntomas está sintiendo?

How long have symptoms been present?
¿Cuánto tiempo han estado presente los síntomas?

What social/environmental stressors are you experiencing?
¿Qué factores de estrés social/medioambiental está experimentando?

Money _____	Housing _____	Family conflicto _____	Work _____	Grief/Loss _____	Illness _____
Dinero _____	Alojamiento _____	Conflicto familiar _____	Trabajo _____	Duelo _____	Enfermedad _____
Transitions _____	Relationships _____	Legal _____	Trauma _____	Other _____	
Transiciones _____	Relaciones _____	Legal _____	Trauma _____	Otro _____	

What results are you expecting from therapy?
¿Qué resultado espera usted de la terapia? _____

Do you have any particular concerns/fears with regard to treatment?
¿Tiene alguna inquietud / miedos particulares en relación con el tratamiento?

What could prevent you from reaching your treatment goals?
¿Qué podría impedir alcanzar tus metas de tratamiento? _____

Who in your life is a source of support - emotional, moral, financial, etc.?
¿Quién en su vida es un sistema de apoyo - emocional, moral, financiero, etc.?

PSYCHOLOGICAL HISTORY
HISTORIA PSICOLÓGICA

Have you ever seen a psychiatrist or therapist? Yes ___ No ___
Have you ever received psychological testing? Yes ___ No ___

¿Ha visto usted a un psiquiatra o terapeuta anteriormente? Sí ___ No ___
¿Ha recibido usted exam psicológico anteriormente? Sí ___ No ___

If "Yes," state **WHEN, BY WHOM, FOR WHAT PURPOSE** and **OUTCOME**
Si respondió "Sí," indique **CUANDO, POR QUIÉN, PARA QUÉ PROPÓSITO** y el **RESULTADO**

Have you ever attempted suicide? When? ___
¿Ha intentado suicidarse alguna vez? ___ ¿Cuándo? ___

Describe the circumstances that led to that attempt.
Describir las circunstancias que llevaron a ese intento. _____

Are you currently having any suicidal/homicidal thoughts? Yes ___ No ___ Please describe.
¿Actualmente tiene pensamientos de suicidio/homicidio? Sí ___ No ___ Por favor describa.

Have you ever been hospitalized for mental or emotional problems? Yes ___ No ___
¿Ha sido hospitalizado alguna vez por problemas mentales o emocionales? Sí ___ No ___

When and for how long?
¿Cuándo y por cuanto tiempo? _____

Why were you hospitalized?
¿Por qué fue hospitalizado? _____

List any current prescribed psychiatric medication you are taking
Nombre medicamento psiquiátrico prescrito que está tomando ahorita

List past prescribed psychiatric medication you have taken
Nombre medicamento prescrito psiquiátrico que ha tomado en el pasado.

Have any family members been in therapy? Yes ___ No ___
¿Algún miembro de familia ha estado en terapia? Sí ___ No ___

If "Yes," state **WHO WHEN FOR WHAT PURPOSE** and **OUTCOME**
Si respondió "Sí," indique **QUIÉN CUANDO PARA QUÉ PROPÓSITO** y el **RESULTADO**

MEDICAL HISTORY
HISTORIA MÉDICA

Name and telephone number of primary physician

Nombre y teléfono del médico de cabecera _____

Date of last physical exam by primary physician

Fecha del último examen físico por el médico de cabecera _____

How is your physical health at present?

¿Cómo está su salud física actualmente? _____

List other professionals treating you and for what conditions

Nombre de otros profesionales que han tratado a usted y para qué condiciones

List any **current physical/medical problems**, accidents, hospitalizations, **allergies** and medications

Nombre **recientes problemas físicos/médicos**, accidentes, hospitalizaciones, **alergias** y medicamentos

Describe current/past usage of alcohol/drugs.

Describa el uso actual/pasado de alcohol/drogas

Name of drug

Since when?

How often?

What amount?

Nombre de droga

¿Desde cuando?

¿Cuántas veces?

¿Qué cantidad?

Smoker? Yes ___ No ___

How much?

¿Fuma? Sí ___ No ___

¿Cuánto?

FAMILY INFORMATION

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Name of Spouse/partner

DOB

Age

Gender

Nombre del cónyuge/pareja

Fecha de nacimiento

Edad

Género

Name of children

DOB

Age

Living with whom?

Nombre de hijas/os

Fecha de nacimiento

Edad

¿Con quién viven?

Other persons living at home
Otras personas que viven en casa

Name
Nombre

Age
Edad

Relationship
Parentezco

OTHER INFORMATION
OTRA INFORMACIÓN

Describe your interests/hobbies
Describa sus intereses y aficiones

What are your strengths?
¿Cuales son sus fortalezas?

Are you now or have you ever been involved in a lawsuit?
¿Es o ha sido alguna vez involucrado en un pleito legal?

Describe lawsuit
Explique el pleito legal

Include any other information you believe is relevant to your mental health treatment, not previously requested.
Incluya cualquier otra información que considere relevante para su tratamiento de salud mental, no solicitado previamente.
