



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 Estatu Civil	Living Situation ¿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.

---

---

---