

LA CLÍNICA ALPHA OMEGA Y SERVICIOS DE CONSULTA

P: 301-767-1733 / F: 301-767-1743

7007 Bradley Blvd
Bethesda, MD 20817

3607-A Chain Bridge Rd
Fairfax, VA 22030

108 N. Payne St
Alexandria, VA 22314

5034 Dorsey Hall Dr, Ste 202
Ellicott City, MD 21042

FORMA DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Correo electrónico: _____

Numero de teléfono primario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Mensajes No Mensajes Mensajes de voz sí Mensajes de texto no

Numero de teléfono secundario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Mensajes No Mensajes Mensajes de voz sí Mensajes de texto no

Empleo:

Empleado Estudiante a tiempo completo Estudiante de medio tiempo Desempleado/Otro

Estado Civil:

Soltero Casado Apartado Divorciado Viudo

Religión:

Católico Protestante Judío Musulmán Hindú Budista Otro _____

Nombre del/de la Esposo/a: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero de teléfono primario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Numero de teléfono secundario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Nombre del Guadián: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Numero de teléfono primario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Numero de teléfono secundario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Contacto de Emergencia: _____ **Relación:** _____

Numero de teléfono primario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

Numero de teléfono secundario: _____ **Tipo:** Móvil Casa Trabajo Otro

¿Cómo se da cuenta de la Clínica de Alpha Omega?

Amigo Relativo Sacerdote/Parroquia Escuela Sitio Web Otro _____

¿Que preocupaciones quiere hablar con su terapeuta? [Escoge todo lo que corresponda]

- Adolescentes Controlando el Enfado Ansiedad Problemos con comportamiento
- Problemos con criando niños Comunicación Compulsiones Depresión Disciplina
- Divorcio/Separación Violencia doméstica Trastorno Alimentico Pruebas que miden la inteligencia/educación Pérdida/dolor Problemas en el matrimonio Problemas después de un aborto Adicción a la pornografía Pruebas psicológicas Relaciones Adicción al sexo Abuso sexual/violación Adaptación a la escuela Escrupulosidad Reducción del estrés Abuso de alcohol o drogas Trauma/trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Problemas con el trabajo Otro

¿Son sus creencias espirituales importantes en su vida diaria?

- Muy Importantes Algo Importantes No Importantes

¿Quiere que su terapeuta le integra la fe en el tratamiento?

- Sí No No lo sé

Tratamiento Previo de Problemas de Salud Mental:

- Psicoterapia Hospitalización Razón: _____ Fecha: _____
- Psicoterapia Hospitalización Razón: _____ Fecha: _____
- Psicoterapia Hospitalización Razón: _____ Fecha: _____
- Nunca he tenido tratamiento antes para problemas de salud mental

Medicación Corriente

1. Nombre: _____ Razón: _____
Médico que le recetó: _____
2. Nombre: _____ Razón: _____
Médico que le recetó: _____
3. Nombre: _____ Razón: _____
Médico que le recetó: _____
4. Nombre: _____ Razón: _____
Médico que le recetó: _____

Otras preocupaciones: ¿Hay algo más que quiera saber su terapeuta? _____
