



Providing Help
Creating Hope

Cuestionario de Cliente para Servicios de Consejería

Para cada individuo que recibe consejería, favor de completar un Cuestionario de Cliente. Sus respuestas son para que su consejero/a pueda proveerle los mejores servicios posibles. Le agradecemos mucho.

Nombre y apellido(s) _____

¿Por qué busca Usted servicios de consejería? (favor de completar si no tenía bastante espacio en el Formulario de Admisión) _____

Historia de Consejería:

- ¿Alguna vez ha tenido Usted consejería profesional? _____ sí _____ no
Si la respuesta es sí, ¿con quién _____, cuándo y por cuánto tiempo? _____
- ¿Le ayudó la consejería en el pasado? _____ sí _____ no
Explique, por favor _____
- ¿Alguna vez ha estado Usted en el hospital por tratamiento de salud mental? _____ sí _____ no
Si la respuesta es sí, ¿dónde _____ y cuándo? _____
¿Le ayudó estar en el hospital en el pasado? _____ sí _____ no Explique, por favor _____

Historia médica:

Nombre y apellido(s) de su médico principal: _____

Dirección del consultorio: _____

Número telefónico: _____

Favor de mencionar cualquier problema de salud actual o en el pasado: _____

Favor de hacer una lista de todos los medicamentos que Usted toma actualmente:

Medicamento	Cantidad	Frecuencia	Razón

Continúa en la siguiente pagina



Providing Help
Creating Hope

Cuestionario de Cliente para Servicios de Consejería

Historia de uso/abuso de alcohol y drogas:

	Método y cantidad	Frecuencia del uso	¿Ha utilizado Usted esta sustancia en las últimas 48 horas?	¿Ha utilizado Usted esta sustancia en los últimos 30 días?	¿Tiene Usted una historia de abuso de estas sustancias?
Alcohol			S / N	S / N	S / N
Anfetaminas			S / N	S / N	S / N
Barbitúricos			S / N	S / N	S / N
Sedantes (<i>Valium/ Librium</i>)			S / N	S / N	S / N
Cocaína/ crack			S / N	S / N	S / N
Opio y derivados			S / N	S / N	S / N
Cáñamo (Marihuana)			S / N	S / N	S / N
Alucinógenos (PCP/ LSD)			S / N	S / N	S / N
Inhaladas			S / N	S / N	S / N
Nicotina & cafeína			S / N	S / N	S / N
Medicinas sin receta			S / N	S / N	S / N
Medicinas con receta			S / N	S / N	S / N
Otra sustancia: _____			S / N	S / N	S / N

- ¿Alguna vez alguien le ha dicho a usted que no tomara o utilizara, o usted quería dejar de tomar o utilizar o reducir la cantidad de una sustancia mencionada en la lista anterior? ____ sí ____ no
Si la respuesta es sí, señale con una “x” los que aplican: ____ jefe ____ niños ____ esposo/esposa/pareja ____ Sistema legal/corte otro: _____
- ¿Le molesta Usted que las personas le critiquen porque toma? ____ sí ____ no
- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por el uso de alguna sustancia mencionada en la lista? ____ sí ____ no
- ¿Alguna vez ha tomado o utilizado una sustancia en la mañana para calmar sus nervios o para quitarle el dolor de cabeza o para la resaca (“para despertarse”)? ____ sí ____ no
- ¿Alguna vez Usted ha estado en el hospital para tratamiento de abuso de sustancias? ____ sí ____ no
Si la respuesta es sí, ¿dónde _____ y cuándo? _____
¿Le ayudó estar en el hospital? ____ sí ____ no Explique, por favor _____

¿Hay algo más que su consejero(a) debe saber de Usted o de su situación actual? _____

Al terminar su consejería, ¿cómo cambiará su vida? _____

