

Multicolor Counseling and Consultation, LLC
Luis R. Alvarez-Hernandez, LCSW, CAMS-II
Psychotherapist/Licensed Clinical Social Worker

An Independent Practice at Athens Therapy Co-op

485 Huntington Road #196, Athens, GA 30606 | 706-363-3352, ext. 709 | multicolorwellness.com

Formulario de Admisión (Client Intake Screening Form)

Información Demográfica

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Apellido(s): _____	Género: _____
Nombre(s) que Prefiere: _____	Pronombres de Género: Él Ella Ellx Elle
Raza/Etnia: _____	Otro(s) no Mencionado (s): _____
Dirección: _____	Orientación Sexual: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Idiomas Aparte del inglés: _____
Estado Civil/Marital: _____	# Teléfono: _____
Número de hijos (si alguno): _____	¿Podemos contactarle para sus citas? ___ Sí ___ No
¿Cómo supo de nosotros? _____	Correo Electrónico: _____
	¿Podemos contactarle para sus citas? ___ Sí ___ No
Persona Contacto de Emergencia: _____	
Relación con Usted: _____	Teléfono para Contacto de Emergencia: _____

Historial Médico & Psiquiátrico

Nombre Seguro Médico: _____	Número Seguro Médico: _____
Proveedor Primario de Salud (si alguno): _____	Psiquiatra (si alguno): _____
Número de Teléfono Proveedor: _____	Número de Teléfono Psiquiatra: _____
Diagnósticos Médicos (si alguno): _____ _____	Diagnósticos Psiquiátricos (si alguno): _____ _____
Última Hospitalización Médica: _____	Última Hospitalización Psiquiátrica: _____
Razón(es): _____	Razón(es): _____
Medicamentos Generales: _____ _____	Medicamentos Salud Mental: _____ _____

Historial de Terapia y Consejería

¿Ha participado en consejería/terapia en el pasado? _____ Sí _____ No	Tipo de Terapia: _____ Individual _____ Parejas _____ Grupo _____ Otro: _____
Fecha(s): _____ _____	Nombre del terapeuta(s) o agencia: _____ _____

¿Le fue de ayuda? ___ Sí ___ No ___ Un Poco/Algo ___ No Estoy Seguro/a

¿Por Qué Busca Nuestros Servicios?

¿Qué está ocurriendo o qué está sintiendo que le está llevando a buscar nuestros servicios?

¿Alguien le pidió/dijo que viniera? ___ Sí ___ No

Si es así, ¿quién? _____

¿Por qué le dijo que viniera a buscar nuestros servicios? _____

¿Qué espera ganar/cambiar/discutir al venir a consejería? _____

¿Cuán motivado está? (Nada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muy motivado)

¿Qué le motivó a venir a consejería? _____

¿Qué días/horas está disponible para una reunirse?

Cualquier otra información que crea que su terapeuta debe saber: