



CENTRO INTEGRAL DE PSICOLOGÍA APLICADA
Universidad del Valle de Guatemala
17 avenida 10-97 zona 15, Vista Hermosa III
Teléfono: 2507-1524
PBX: 2507-1500 Ext. 21364
Correo electrónico: cipa@uvg.edu.gt
Guatemala, Guatemala



INFORMACIÓN GENERAL DE CLIENTE ADULTO (FRM_PC_04)

A. DATOS PERSONALES

Nombre: Dinora Castellanos León Fecha: 12/07/2016
Dirección: 11 av. 5ta calle zona 18
Teléfono casa: 2438-9080 Teléfono del trabajo: _____
Celular: 4838-7029 Correo electrónico: _____
Edad de el/la cliente: 74 años Fecha de nacimiento: 11/08/1942 Género: Femenino
Nivel de educación (último grado completado): Secretaria
Estado civil:

Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐ Separado(a) ☐
Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☒ Otro ☐

B. HISTORIA FAMILIAR

FAMILIA NUCLEAR O CON QUIEN CONVIVE:

Nombre	Edad	Relación	Tipo de relación (cercana, conflictiva, distante)
Liliana Díaz Castellanos	49	Hija	Cercana
Hector Rabbe Monzón	60	Yerno	Distante (Pareja actual de mi hija)
María González Díaz	26	Nieta	Cercana
Rocío González Díaz	20	Nieta	Cercana

Algún miembro de su familia ha padecido alguno de los siguientes problemas, por favor indicar con una X quién:

	Usted	Madre	Padre	Abuelos	Hermanos	Hijo(a)s
Depresión	X					
Ansiedad						X
Intento de Suicidio						
Problema con alcohol			X			
Problema con drogas						
Problemas mentales						
Problemas emocionales						
Trastornos psicológicos*						

*Indique cual(es): _____

C. HISTORIA MÉDICA

Por favor marque si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones |
| <input checked="" type="checkbox"/> Problemas en la espalda | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de sueño | <input type="checkbox"/> Sangrado inusual |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza | <input checked="" type="checkbox"/> Desmayos/ Mareos | <input type="checkbox"/> Subir/bajar de peso |
| <input checked="" type="checkbox"/> Problemas estomacales | <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma/ Fiebres altas | |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor | | | |

Alguna(s) otra(s) enfermedad(es) severa(s):

He padecido bastante del corazón, siempre tengo mi presión bien baja.

Esta usted actualmente o ha estado bajo cuidados médicos durante el año pasado:

Sí ☒ No ☐

Nombre/Dirección de su médico/Correo electrónico:

Dr. Santisteban, IGSS zona 9

Fecha del último examen: 13/04/2016

Haga una lista de todos los medicamentos que esté tomando, tanto los que le fueron recetados (Incluyendo las píldoras anticonceptivas) como los que no le fueron recetados (como aspirinas, medicamentos para las alergias, diuréticos, laxantes etc.).

Medicamento (Mlg)	Dosis al día	Prescrito por
Espirinolactona	100mg	Dr. Santisteban
Timolol	40mg	Dr. Santisteban
Enalapril	40mg	Dr. Santisteban

D. PROCESOS DE PSICOTERAPIA/CONSEJERÍA PREVIOS

¿Ha consultado a un/a psicoterapeuta/consejero(a) en el pasado? Sí ☒ No ☐

Si respondió Sí, por favor indique:

Nombre(s)	Dirección	Tiempo que estuvo en terapia
Licda. María del Rosario Jiménez	Zona 15	8 sesiones

Indique la razón por la que terminó la terapia:

Inicié a ir a terapia por la enfermedad de mi esposo, él murió de cáncer el año pasado, y mientras lo acompañé en sus últimos años, necesité apoyo psicológico. La Licda. se fue del país y ya no pude continuar con la misma.

Por favor indique áreas problemáticas que lo/la llevaron a buscar servicios de consejería:

- ☐ Marital ☐ Sexual ☐ Abuso de drogas ☐ Relaciones personales
☒ Familiar ☐ Emocional ☐ Alcoholismo ☐ Académico
☐ Legal ☐ Financiero ☐ Trabajo
☐ Otros: Por la muerte de mi esposo.

¿Está asistiendo con otro(a) psicoterapeuta/consejero(a)? Sí ☐ No ☒

¿Ha estado hospitalizado(a) por razones psicológicas/psiquiátricas en el pasado?

Sí ☐ No ☒

Si respondió Sí, por favor llene los siguientes datos:

Hospital(es)	Dirección	Fechas de la hospitalización

¿Le han aplicado anteriormente pruebas psicológicas? Sí ☐ No ☒

Fechas aproximadas: _____ Aplicadas por: _____

Dirección: _____

Test psicológicos aplicados:

- ☐ De personalidad ☐ Neurológicos ☐ De inteligencia/Educativos ☐ Síntomas
☐ Otros: _____

Por favor escriba un resumen breve de su problema actual:

Siento mucha tristeza desde que mi esposo falleció. Él me dejó hace un año y no he podido salir del lugar en donde me quedé desde que se fue. Estuve acompañándolo durante 5 años en todo el procedimiento y ver los cambios fueron duros para mi persona. Actualmente me cuesta dormir y siento mucha tristeza. Quisiera poder sentirme mejor y ser más útil para mis seres queridos que me rodean.

E. INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN ECONÓMICA

Empleo/Nombre del trabajo: Actualmente no trabajo, mi esposo me mantuvo bien económicamente siempre.

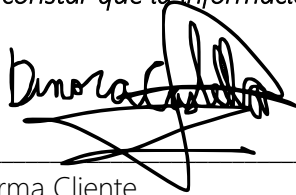
Número de personas que dependen económicamente de usted: Ninguna

Información adicional que usted cree que pueda ser importante o útil:

Antes era muy sociable y alegre y ahora solamente deseo aislarme y alejarme de todos los que me rodean. He perdido el interés por ir a la iglesia y a mis grupos de oración. Además, he perdido el interés de cocinar, que ese era mi fortaleza mayor. Quisiera poder volver a ser la misma y poder aceptar que mi esposo ya no está.

Al firmar hago constar que la información presentada en este documento es verídica.

Dinora Castellanos León



Nombre y Firma Cliente

12/07/2016

Fecha