**FORMULARIO DE DATOS INICIALES DEL PACIENTE**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

**Fecha:** ***/***/\_\_\_\_\_\_ **Nombre completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** ***/***/\_\_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_\_ **Género:** ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Prefiero no especificar ☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado civil:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión libre **Ocupación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nivel educativo:** ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato ☐ Universidad ☐ Posgrado **Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia (nombre y teléfono):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

**¿Qué te trae a consulta?** (Describe brevemente la situación que te motiva a buscar apoyo psicológico)

**¿Cuándo comenzaron estas dificultades?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Ha empeorado o mejorado desde entonces?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS**

**¿Padeces alguna enfermedad crónica?** ☐ No ☐ Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Tomas algún medicamento actualmente?** ☐ No ☐ Sí, especifica:

**¿Has recibido atención psicológica anteriormente?** ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo:

* **¿Cuándo?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **¿Por cuánto tiempo?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **¿Motivo?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **¿Tipo de tratamiento?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Has sido diagnosticado/a con algún trastorno psicológico?** ☐ No ☐ Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Hay antecedentes familiares de trastornos psicológicos o psiquiátricos?** ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, especifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HÁBITOS DE SUEÑO Y ALIMENTACIÓN**

**¿Cuántas horas duermes habitualmente?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Tienes dificultades para conciliar o mantener el sueño?** ☐ No ☐ Sí **¿Cómo describirías tus hábitos alimenticios?** ☐ Regulares ☐ Irregulares

**CONSUMO DE SUSTANCIAS**

**¿Consumes alcohol?** ☐ No ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente ☐ Frecuentemente **¿Consumes tabaco?** ☐ No ☐ Ocasionalmente ☐ Regularmente ☐ Frecuentemente **¿Consumes otras sustancias?** ☐ No ☐ Sí, especifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL**

**¿Con quién vives actualmente?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Cómo describirías tu relación familiar?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Cuentas con una red de apoyo social?** ☐ No ☐ Sí **¿Participas en actividades sociales o comunitarias?** ☐ No ☐ Sí

**EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO**

**¿Qué esperas conseguir con la terapia?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Hay alguna información adicional que consideres relevante compartir?**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** ***/***/\_\_\_\_\_\_

**Para uso del profesional:** Observaciones iniciales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_