

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

Hoja de información del cliente

Nombre del cliente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Estado de la Ciudad: _____ Cremallera: _____

Números de teléfono con código de área Inicio: () _____

Trabajar: () _____ Celúla: () _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Número de seguro social: _____

Empleador: _____

Posición: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Educación: _____

Estado civil/relación: _____ Nombre de otra persona importante: _____

Edad y sexo de la pareja: _____ ¿Cuánto tiempo juntos? _____

Numero total de niños: _____

¿Cómo se enteró de los servicios de Goodman and
Heidrich Psychological Evaluations Inc.? _____

GOODMAN AND HEIDRICH PSYCHOLOGICAL EVALUATIONS INC.

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

¿A quién contactaremos en caso de emergencia?

Nombre: _____ Teléfono () _____

En este cuadro, indique la dirección y el número de teléfono que desea que utilicemos cuando necesitemos comunicarnos con usted. Si esta casilla se deja en blanco, utilizaremos la dirección y cualquiera de los números de teléfono que haya proporcionado anteriormente. _____

Si no desea que le dejemos un mensaje en su contestador, díganos cómo desea que nos comuniquemos con usted por teléfono.: _____

Por la presente doy mi consentimiento para que Goodman and Heidrich Psychological Evaluations Inc. me proporcione evaluación y tratamiento.

Firma

Fecha

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

Historia médica y de salud

Nombre: _____ Fecha: _____

Enumere cualquier alergia que tenga: _____ Ninguno _____

Médico de atención primaria: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Número de teléfono del médico de atención primaria: (____) _____

Fecha de su examen físico más reciente: _____

Por favor enumere todos los medicamentos y dosis actuales.:

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del médico que prescribe	¿Cuándo empezaste a tomarlo?

GOODMAN AND HEIDRICH PSYCHOLOGICAL EVALUATIONS INC.

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

Enumere todos los problemas de salud actuales o pasados y cualquier operación importante.:

Actual	Pasado

Enumere todos los terapeutas que ha visto y las fechas en que los vio.:

Enumere cualquier tratamiento por abuso de sustancias o tratamiento psiquiátrico hospitalario que haya recibido y las fechas.:

Indique cuál de estas sustancias consume actualmente:

Sustancia	Cantidad usada	¿Con qué frecuencia?
Cigarrillos		
Alcohol		
Pastillas que no me recetaron		
Marijuana		
Cocaína o crack		
LSD		
Héroe		
Otro (por favor enumere):		

¿Qué tipo de problema te trae a Goodman and Heidrich Psychological Evaluations Inc.?

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

Tipo de incidente

Auto Mordida de perro Caer

Otro _____

¿Cuándo ocurrió el incidente? _____

Dolor en escala 1-10 episódico _____

Dolor en escala 1-10 constante _____

Medicación que se toma para el dolor incidente. _____

Partes del cuerpo afectadas por el incidente _____

Tipo de procedimiento esperado

Implante SCS (estimulador de médula espinal)

Ensayo SCS (estimulador de la médula espinal)

Bypass gástrico Evaluación posterior al incidente

Estimulador de nervios periféricos Ninguno

Otro _____

GOODMAN AND HEIDRICH PSYCHOLOGICAL EVALUATIONS INC.

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

Indique si tiene alguno de los siguientes problemas o si los tuvo en el pasado:

	Tengo esto ahora	Lo tuve en el pasado
<u>Dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido</u>	_____	_____
<u>Dormir demasiado</u>	_____	_____
<u>Cambio en el apetito, pérdida o aumento de peso</u>	_____	_____
<u>Llanto frecuente</u>	_____	_____
<u>Ataques de pánico o ataques de ansiedad</u>	_____	_____
<u>Pensamientos de matarme o lastimarme</u>	_____	_____
<u>Intentos de matarme o lastimarme</u>	_____	_____
<u>Problemas para concentrarse</u>	_____	_____
<u>Problemas para recordar cosas</u>	_____	_____
<u>Períodos de tristeza diaria que duran más de dos semanas</u>	_____	_____
<u>Me sobresalto fácilmente</u>	_____	_____
<u>No puedo dejar de recordar acontecimientos pasados perturbadores.</u>	_____	_____
<u>Dificultad para controlar mi temperamento</u>	_____	_____
<u>Lastimé físicamente a otras personas</u>	_____	_____
<u>A veces rompo cosas</u>	_____	_____
<u>Me preocupo mucho</u>	_____	_____
<u>Poco o ningún interés en el sexo</u>	_____	_____
<u>Me siento cansado casi todos los días</u>	_____	_____
<u>Sentimientos de irrealidad</u>	_____	_____
<u>Me hice vomitar para bajar de peso</u>	_____	_____
<u>Usó laxantes o hizo ejercicio excesivo para perder peso</u>	_____	_____
<u>A menudo me siento como un extraño</u>	_____	_____
<u>Problemas sexuales</u>	_____	_____
<u>Preocuparme porque algo anda mal con mi cuerpo</u>	_____	_____
<u>Discusiones frecuentes con las personas con las que vivo</u>	_____	_____
<u>Escucho voces dentro de mi cabeza</u>	_____	_____
Otro (por favor enumere): _____	_____	_____

GOODMAN AND HEIDRICH PSYCHOLOGICAL EVALUATIONS INC.

Centro de Evaluación Psicológica y Psicoterapia
270 26th Street #201
Santa Monica, CA 90402

818-917-4524
310-748-8393

Dgoodman@ucla.edu
Heidrich.Brenda@gmail.com

Lic: Psy 22613
Lic: Psy 29105

Firma