



FERNANDO DE GREEF, LPC

PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948

contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

## FORMULARIO DE ADMISION

Por favor proporcione la información requerida y conteste las siguientes preguntas. Tenga en cuenta que la información que usted brinde aquí, será tratada como información confidencial (ver Límites de Confidencialidad).

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo Nombre)

Nombre del padre/madre/tutor (si es menor de 18 años):

\_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Nunca Se Casó Casado Separado Divorciado Viudo

Favor enumere todos sus hijos y sus edades: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_  
(Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número telefónico de contacto: \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Se puede enviarle un correo electrónico? Sí No  
Tenga en cuenta que la correspondencia por correo electrónico no se considera como un medio de comunicación confidencial.

Referido por (si hubiese) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido anteriormente algún tipo de servicios de salud mental (psicoterapia y/o psiquiátrico)?

No Sí Terapeuta anterior/médico: \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento recetado? Sí No, favor describa:

\_\_\_\_\_  
¿Alguna vez se le ha recetado medicación psiquiátrica? Sí No

En caso afirmativo, favor describir y proporcionar fechas: \_\_\_\_\_



FERNANDO DE GREEF, LPC, NCC  
PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948  
contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

## INFORMACION GENERAL DE SALUD Y SALUD MENTAL

1. ¿Cómo calificaría su salud física actual? (Por favor marque)

Pobre            Insatisfactorio            Satisfactorio            Bueno            Muy bueno

Por favor describa cualquier problema de salud que esté experimentando actualmente, si lo hubiere:

---

2. ¿Cómo calificaría sus hábitos de sueño actuales? (Por favor marque)

Pobre            Insatisfactorio            Satisfactorio            Bueno            Muy bueno

Por favor describa cualquier problema de sueño que esté experimentando actualmente, si lo hubiere:

---

3. En general, ¿cuántas veces por semana hace ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicios físicos desempeña? \_\_\_\_\_

4. Por favor describa cualquier dificultad que experimente en relación a sus hábitos alimenticios:

---

5. ¿Está usted actualmente sintiendo tristeza profunda, angustia, o depresión?    No    Sí

En caso afirmativo, ¿desde hace cuanto tiempo aproximadamente? \_\_\_\_\_

6. ¿Está usted actualmente experimentando ansiedad, ataques de pánico, o alguna fobia?    No    Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo comienza a vivenciar esto? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene algún dolor crónico?    No    Sí    En caso afirmativo, por favor describa:

---

8. ¿Bebe alcohol más de una vez a la semana?    No    Sí

9. ¿Con qué frecuencia consume drogas sociales? Ejemplo: Marihuana, Cocaína, etc.

Diario            Semanal            Mensual            Con poca frecuencia            Nunca



FERNANDO DE GREEF, LPC, NCC  
PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948  
contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

## *HISTORIA FAMILIAR DE SALUD MENTAL*

*Por favor identificar las características familiares relacionadas con los siguientes trastornos/síntomas. En caso afirmativo, indique el parentesco del familiar del lado derecho. Ejemplo: padre, tío, etc.*

*Favor marque con un círculo - Miembro de la Familia*

---

*Alcohol/Abuso de Sustancias*                      *Sí/No*

*Ansiedad*    *Sí/No*

*Depresión*    *Sí/No*

*Violencia Doméstica*                            *Sí/No*

*Trastornos de alimentación*                   *Sí/No*

*Obesidad*    *Sí/No*

*Comportamiento Obsesivo Compulsivo*      *Sí/No*

*Esquizofrenia*                                    *Sí/No*

*Intentos de suicidio*                            *Sí/No*