

Instituto de Consejería Integral

Hoja de Registro **Confidencial**

Datos Personales

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____, Edad _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Religión: _____, () Practicante () NO practicante

Orientación sexual: _____

Hijo(a)s _____, sexo _____, edades _____.

Nacionalidad: _____

Nivel de educación: _____

Ocupación: _____

Lugar de trabajo. _____

Horario del trabajo. _____

Ingreso mensual. _____

Dirección Postal: _____

Tel. Residencial :() _____ Celular.() _____

Tel. del Trab. () _____

Ha asistido a algún profesional de ayuda antes? Sí _____, No _____

Si contesta Sí cual, () Trabajador(a) Social, () Consejero, () Psicólogo,

() Psiquiatra, () Hipnoterapeuta, () Otro. Donde _____.

Cuando _____.

Razón por la cual decidió visitar ese profesional de ayuda en aquel momento. _____

Problema actual

Problema existente o queja principal. (Razón actual por la cual decidió visitar al terapeuta)

¿Qué desea resolver? _____

¿Cómo lo quiere resolver? _____

¿Qué ha hecho para resolverlo? _____

Sobre sus padres

Edad del padre _____

Edad de la Madre _____

Educación _____

Educación _____

Ocupación _____

Ocupación _____

Religión _____

Religión _____

Falleció ___ NO ha fallecido _____

Falleció ___ No ha fallecido _____

Historial personal

Fue criado por: () Madre, () Padre, () Ambos, () Abuelos,

() otros, quienes _____.

Estilo de crianza que recibió.

() Excelente, () Buena, () Regular

() Maltrato, físico/verbal

Explique el estilo de
crianza: _____

Ha perdido algún familiar: Si, NO, si contesta si, quien _____, cuando _____

Historial sexual:

Fue victima de: Actos lascivos, Sodomía, Violación, Ninguno.

, otros _____

A que edad ocurrió _____

Quién lo victimizó _____

Explique: _____

Relación sexual

Primera relación sexual: edad _____

Con quién: Hombre, edad _____

Mujer, edad _____

Ambos.

Nunca.

Última relación sexual fue: Fecha _____

Hombre, edad _____

Mujer, edad _____

Ambos

Ha tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo

Si, cuando _____

No

Historial de vida:

Detalle sus éxitos mas significativos para usted: _____

Detalle algunos fracasos significativos en su vida: _____

Condiciones físicas:

Migraña _____

Perdida de visión _____

Perdida auditiva _____

Diabetes _____

Hipoglisemia _____

Epilepsia: _____

Convulsiones _____

Dolores de espalda frecuente _____

Dolores de estómago frecuentes _____

Artritis _____

Enfermedades venéreas _____, cuales _____

Alcoholismo _____, cuando _____

Cigarrillo _____, cuando _____

Tabaco _____, cuando _____

Drogas _____, cuando _____ cuales _____

Problemas neurológicos _____, cuando _____

Otros problemas físicos _____, cuando _____

Enfermedades físicas _____ cuales _____

