



Shine a Light Counseling Center  
735 Chestnut St. Suite C  
Santa Cruz, California 95060  
Teléfono: (831) 996-1222  
www.shinealightcounseling.com

### Forma de Ingreso Para Clientes Nuevos

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

Género Identificado: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pareja

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Celular

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Si nosotros le llamamos, podemos identificarnos como “consejeros de Shine a Light”?**

- Si
- No



**Niños**

\_\_\_\_\_  
Nombre/Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre/Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre/Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre/Edad

Mas Alta Titulación Academia: 9    10    11    12    colegio    estudios de postgrado

\_\_\_\_\_  
Trabajo

\_\_\_\_\_  
Trabajo de su Compañero

\_\_\_\_\_  
El Ingreso Mensual de su Hogar (Incluyendo Ingresos de su Compañero/Familia en su Hogar)

¿Como encontró Shine a Light Counseling Center? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Áreas de Preocupación**

¿Porque esta buscando terapia? (Por favor, se específico con problemas y preocupaciones)

Describe, por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene objetivos específicos en terapia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Tiene temores o preocupaciones sobre terapia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Historia Psicológica**

¿Ha recibido tratamiento psicológico antes? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Nombre de terapeuta anterior / dirección / número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tomado algún examen psicológico? Si contesta sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) que le dieron el/los examen(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado a causa de problemas psicológicos? \_\_\_\_\_

¿Cuándo y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Porque estaba hospitalizado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la terapeuta que le ayudo / dirección / número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Esta tomando medicamentos recetados ahora? Cuales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Quien los prescribe? \_\_\_\_\_

¿Por cuanto tiempo ha tomado los medicamentos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tomado algún medicamento para un problema psicológico anteriormente? Cuando y por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha intentado a matar si mismo (suicidio)? Cuando? \_\_\_\_\_

Por favor, explica lo que paso cuando intentó y porque lo hizo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ahora, tiene pensamientos suicidas? \_\_\_\_\_

Por favor, brevemente explicar su niñez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido abusado en su vida? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido victima de un delito violento? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Historia Medicó**

¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad grave? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema medicó que puede afectar su tratamiento psicológico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, describa su salud ahora: \_\_\_\_\_

¿Esta experimentando algunos síntomas médicos o físicos que están relacionados a una condición mental, emocional o a causa de estrés? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha estado a una programa de "12-Step"? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Usa la marihuana medicó? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas ilegales? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha usado drogas ilegales? Por favor, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Familia**

Edad de su Madre: \_\_\_\_\_ ¿Viviendo/Finado?: \_\_\_\_\_

Edad de su Padre: \_\_\_\_\_ ¿Viviendo/Finado?: \_\_\_\_\_

Nombres y edades de sus hermanos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otra Información**

Por favor, describa su identidad espiritual: \_\_\_\_\_

Por favor, describa sus intereses y cosas que le gusta hacer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha estado involucrado en una demanda judicial? Por favor, describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, incluye alguna otra información que piense que esta pertinente a su tratamiento (que no estaba pedido anteriormente en esta forma de ingreso): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Acuerdo de Tarjeta de Crédito

**Tenga en cuenta:** Clientes nuevos están pedido a mantener un numero de tarjeta de crédito valido en sus expedientes. Por favor, completa la siguiente información y proporcione su tarjeta de crédito a su terapeuta en su cita primera.

Tipo de tarjeta de crédito: MasterCard    Visa    American Express    Discover

Nombre en su tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Numero de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Si tiene American Express, numero de 4 dígitos en el frente de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación para su tarjeta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Esta tarjeta puede ser cobrada para **(por favor ponga sus iniciales en cada uno)**:

\*Cargos del sesiones regulares (si prefiere usar su tarjeta para pagar por sesiones): \_\_\_\_\_

\*Honorarios para cancelar mismo día: \_\_\_\_\_

\*Honorarios para cancelación sin 24 horas de antelación: \_\_\_\_\_

\*Un honorario para sesiones delincuentes (mas de 30 días atrasado): \_\_\_\_\_

\*Yo entiendo que no hay reembolsos: \_\_\_\_\_



“Yo, \_\_\_\_\_, (escriba su nombre) he leído y entiendo los términos de dando mi información de tarjeta de crédito a Shine a Light Counseling Center. Yo entiendo que mi tarjeta de crédito puede ser cargada por los razones escrito arriba. También, yo entiendo que **no hay reembolsos**. Alguna pregunta que yo tengo sobre esta práctica ha estado contestada y yo doy mi consentimiento a cargar mi tarjeta de crédito bajo las circunstancias descritas arriba.”

\_\_\_\_\_  
Su Firma Consintiendo a Cargos

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Valido hasta