

Cuestionario de Ingreso para Pareja/Matrimonio

Este cuestionario tiene como propósito conocerle mejor con el fin de ofrecerle los mejores servicios posibles de salud mental. Por favor complete este formulario con la mayor honestidad y detalle posible. Es importante que ambos completen este formulario individualmente antes de la primera sesión.

Por favor envíe el formulario al portal en línea de PranaMind, tráigalo consigo a la primera reunión o envíelo por correo electrónico a info@pranamind.com. Toda la información que usted proporcione será confidencial según lo requerido por las leyes estatales y federales.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal): _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Estado civil: _____

Sexo: Masculino Femenino

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico: _____

QUIÉN VIVE ACTUALMENTE EN SU RESIDENCIA (Adultos y Niños):

Nombre	Relación	Sexo	Edad

Nombre	Relación	Sexo	Edad

INFORMACIÓN LABORAL

Lugar de empleo: _____

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Cargo/posición: _____ Tiempo completo Medio tiempo

No trabaja debido a _____

TRATAMIENTO PREVIO DE SALUD MENTAL

1. ¿Ha recibido terapia de pareja anteriormente? Sí No

Si respondió "Sí", ¿para qué tipo de problema? _____

¿Cuándo?: _____ ¿Dónde?: _____

Terapeuta: _____ Duración del tratamiento: _____

¿Fue exitoso el resultado? Muy Algo Sin cambio Empeoró

HISTORIAL DE CONSEJERÍA INDIVIDUAL

2. ¿Ha recibido o recibe actualmente consejería individual? Sí No

Si respondió "Sí", proporcione un resumen de las inquietudes tratadas: _____

¿Cuándo?: _____ ¿Dónde?: _____

Terapeuta: _____ Duración del tratamiento: _____

¿Fue exitoso el resultado? Muy Algo Sin cambio Empeoró

HISTORIAL PSIQUIÁTRICO Y MÉDICO

1. ¿Ha sido hospitalizado(a) por una enfermedad psiquiátrica? Sí No

2. Indique cualquier problema psiquiátrico con el que haya sido diagnosticado(a): _____

3. Indique cualquier problema médico o "físico" con el que haya sido diagnosticado(a): _____

4. Indique los medicamentos que toma actualmente y para qué los toma: _____

Nombre del psiquiatra: _____ Teléfono: _____

Nombre del consultorio o práctica: _____

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal): _____

Fecha de la última cita: _____

EVENTOS ESTRESANTES EN LA VIDA

Describa cualquier evento estresante reciente o actual que usted o su familia hayan experimentado:

Problemas	Sí	No	Describa
Problemas financieros			
Dificultad para acceder a servicios de salud			
Problemas legales			
Asuntos culturales			

Problemas	Sí	No	Describa
Conflictos familiares			
Cambio de residencia			
Problemas sociales			
Problemas educativos			
Problemas laborales			
Problemas de vivienda			
Duelo o pérdida			
Hospitalización			
Otros			

SU RELACIÓN POR LA CUAL BUSCA AYUDA

1. ¿Cuánto tiempo ha estado casado(a), conviviendo, separado(a) o divorciado(a)? _____

2. ¿Qué hace usted cuando hay conflicto entre ambos? ¿Qué hace su pareja? _____

3. ¿Qué hace usted cuando está enojado(a)? ¿Qué hace su pareja cuando está enojada(o)? _____

4. ¿Qué hace usted cuando está enojado(a)? ¿Qué hace su pareja cuando está enojada(o)? _____

5. ¿Qué hace usted cuando está enojado(a)? ¿Qué hace su pareja cuando está enojada(o)? _____

6. ¿Tiene usted amistades separadas con personas que no son amistades mutuas?
 ¿Esto genera conflicto en su relación? _____
- _____
- _____

7. Cuando usted desea apoyo o estímulo de su pareja, ¿lo recibe? ¿Cómo?
 Cuando su pareja desea apoyo o estímulo de usted, ¿siente que se lo brinda? ¿Cómo? _____
- _____
- _____

8. ¿Apoya usted el desarrollo de su pareja como individuo? ¿Cómo? (Proporcione un ejemplo.) _____
- _____
- _____

9. ¿Por favor evalúe su nivel actual de satisfacción en la relación, circulando el número que corresponda con sus sentimientos actuales sobre la relación:
 (extremadamente insatisfecho/a) **1 2 3 4 5** (extremadamente satisfecho/a)

10. ¿Qué tan satisfecho(a) está al expresar sus deseos, pensamientos, necesidades y sentimientos más profundos a su pareja?
 (extremadamente insatisfecho/a) **1 2 3 4 5** (extremadamente satisfecho/a)

11. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la frecuencia de sus actividades sexuales? (circule una)
 (extremadamente insatisfecho/a) **1 2 3 4 5** (extremadamente satisfecho/a)

12. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la calidad de sus actividades sexuales? (circule una)
 (extremadamente insatisfecho/a) **1 2 3 4 5** (extremadamente satisfecho/a)

13. ¿Cuál es su nivel actual de estrés en la relación? (circule una)
 (extremadamente insatisfecho/a) **1 2 3 4 5** (extremadamente satisfecho/a)

14. ¿Usted o su pareja consumen alcohol o drogas para intoxicarse? Sí No
 Si respondió "Sí" para alguno, ¿quién, con qué frecuencia y qué sustancia/alcohol?
- _____
- _____

15. ¿Usted o su pareja han restringido físicamente, lastimado o herido al otro?
 (p. ej., empujar, golpear, sujetar, abofetear, etc.) Sí No
 Si respondió "Sí" para alguno, ¿quién, con qué frecuencia y qué ocurrió?
- _____
- _____

16. ¿Alguno de ustedes ha amenazado con separarse/divorciarse debido a los problemas actuales de la relación?

Sí No Si respondió "Sí", ¿quién? Yo Pareja Ambos

17. Si están casados, ¿alguno de ustedes ha consultado con un abogado sobre el divorcio?

Sí No Si respondió "Sí", ¿quién? Yo Pareja Ambos

18. ¿Percibe que usted o su pareja se han retirado emocionalmente de la relación?

Sí No Si respondió "Sí", ¿quién? Yo Pareja Ambos

19. ¿Usted o su pareja han sido infieles emocional o físicamente alguna vez?

Sí No Si respondió "Sí", ¿quién? Yo Pareja Ambos

20. ¿Cuáles son sus metas de tratamiento? (marque todas las que correspondan):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mejorar la comunicación | <input type="checkbox"/> Más intimidad (sexual) | <input type="checkbox"/> Resolver problemas individuales |
| <input type="checkbox"/> Resolución de problemas | <input type="checkbox"/> Más tiempo de calidad | <input type="checkbox"/> Problemas de poder y control |
| <input type="checkbox"/> Más respeto/comprensión | <input type="checkbox"/> Resolución de conflictos | <input type="checkbox"/> Mayor distribución de las tareas |
| <input type="checkbox"/> Más contactos sociales | <input type="checkbox"/> Más autonomía | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Más intimidad (emocional) | <input type="checkbox"/> Más pasatiempos | |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de crianza | <input type="checkbox"/> Ayuda con la conducta de los hijos | |

¿Qué han intentado ya para abordar estas dificultades? _____

21. ¿De quién fue la idea de venir a terapia? Mía Pareja Ambos

¿Hubo algún evento detonante que llevó a alguien a hacer esta llamada? (¿Por qué buscar ayuda ahora?)

22. ¿Cuáles son sus mayores fortalezas como pareja? _____

23. Haga al menos tres sugerencias sobre algo que usted podría hacer personalmente para mejorar la relación, independientemente de lo que haga su pareja:

24. ¿Qué tan importante es para usted mejorar la calidad de su relación? (circule una)

(no es importante) **1** **2** **3** **4** **5** (extremadamente importante)

25. ¿Qué tan dispuesto(a) está a convertir "trabajar en esta relación" en una prioridad en su vida? (circule una)

(no es importante) **1** **2** **3** **4** **5** (extremadamente importante)

26. Si su relación fuera una película, drama o libro, ¿cuál sería su título? ¿Cómo terminaría?

27. ¿Hay algo más que le gustaría mencionar?
