

## 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](mailto: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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para acceder a servicios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asuntos culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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?

---

---

---