

# JENNIFER SCHRAPPE, MA, LPC

1389 E. Cooke Rd.  
Columbus, OH 43224  
614-805-7430

## Información Confidencial del Cliente

Bienvenidos a mi oficina. Quiero aprovechar al máximo cada cita que tiene conmigo. Una forma de hacer esto es para que escribas algo de información básica antes de su primera cita. Por favor, rellene el siguiente lo más completa y legible posible. Esta información es confidencial. Si usted tiene preocupaciones acerca de la relevancia de la información y el deseo de dejarlo fuera, por favor siéntase libre de hacerlo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Cód. postal

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Educación (grado completado, cualquier postsecundaria): \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Persona para alertar en caso de emergencia médica: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque uno): Soltero En Una Relación Casado Separado Divorciado Viudo

Nombre de esposo/novio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Años en relación: \_\_\_\_\_

Niños (sexo, edad): \_\_\_\_\_

¿Actualmente asiste a un lugar de culto?  Sí  No

Si es así, ¿cuál es el nombre de este lugar de culto? \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier problema médico actual o pasado significativo: \_\_\_\_\_

---

---

---

Por favor, indique todos los medicamentos que toma actualmente. Incluya medicamentos recetados y de venta libre de medicamentos y la dosis de cada.

---

---

---

---

¿Ha tenido la atención psicológica anterior o de asesoramiento?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre del médico (s), los meses en que los vi (por ejemplo, desde noviembre 2006 hasta febrero 2007), y la naturaleza de la dificultad en ese tiempo.

---

---

---

---

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una dificultad psicológica?  Sí  No

Si es así, por favor, dar las fechas y la naturaleza de la dificultad en ese tiempo: \_\_\_\_\_

---

---

En tus propias palabras, ¿cuál es la naturaleza del problema que se desea abordar en la terapia? Siéntase libre para describir esto en tanto o tan poco detalle como desee.

---

---

---

---

¿Cuáles son tus objetivos en la terapia?

---

---

---