LISTADO DE PROBLEMAS POTENCIALES.

# INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará un listado de áreas problematicas que pueden ser objeto de atención clínica.

Porfavor describa dentro de la celda lo más ampliamente posible su situación actual en cada uno de ellas, en caso de que No considere como problemática algún area no conteste.

1. **DATOS GENERALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |  |
| EDAD |  |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO |  |
| DOMICILIO |  |
| TELEFONO |  |
| CIUDAD Y ESTADO |  |
| RELIGION |  |
| ESTADO CIVIL |  |
| NIVEL DE ESTUDIOS |  |
| OCUPACIÓN |  |
| LUGAR DE TRABAJO |  |

1. **FAMILIARES INMEDIATOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PADRE:** |  |
| **MADRE:** |  |
| **HERMANOS:** |  |
| **HIJOS:** |  |
| **PERSONAS QUE HABITAN EN EL** **MISMO DOMICIOLIO:** |  |
| **FAMILIAR(ES) MAS CERCANO:** |  |
| **FAMILIAR MENOS CERCANO:** |  |
| **MEJOR AMIGO O AMIGOS:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARENTESCO** | **NOMBRES** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOVIO,PAREJA Ó CONYUGUE** |  |
| **TIEMPO DE LA RELACIÓN:** |  |

1. **LISTADO DE PROBLEMAS POTENCIALES:**

|  |
| --- |
| 1. **RELACION DE PAREJA.**
 |
| 1. **RELACIÓN CON LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.**
 |
| 1. **TRABAJO Ó ESTUDIOS.**
 |
| 1. **FINANZAS.**
 |
| 1. **VIVIENDA.**
 |
| 1. **LEGAL.**
 |
| 1. **RELACIONES CON LOS AMIGOS.**
 |
| 1. **CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS.**
 |
| 1. **SALUD PSIQUIATRICA Y PSICOLÓGICA**
 |
| 1. **SALUD FÍSICA.**
 |
| 1. **ADAPTACIÓN SEXUAL.**
 |
| 1. **DUELO Ó PÉRDIDA INMIMENTE.**
 |

**A CONTINUACIÓN DESCRIBA USTED, DESDE CUANDO INICIARON ESTOS PROBLEMAS Y PORQUE CREE QUE SE MANTIENEN:**

|  |
| --- |
|  |