



# NorthEast Wisconsin Community Clinic

## LISTA DE VERIFICACION DEL CLIENTE

Para ayudar a su terapeuta a hacer el mayor uso de su tiempo hoy, le pedimos que tome unos minutos para completar el cuestionario a continuación. Gracias.

### Principales areas de preocupación que le gustaría abordar en la Terapia

<input type="checkbox"/>	Sentimientos de ansiedad/Preocupaciones	<input type="checkbox"/>	Dificultad en las Relaciones	<input type="checkbox"/>	Problema ajustandose a una nueva cultura
<input type="checkbox"/>	Ajustándose a _____	<input type="checkbox"/>	Inquieto (problema para quedarse quieto)	<input type="checkbox"/>	Problemas Sexuales
<input type="checkbox"/>	Problemas de enojo	<input type="checkbox"/>	Sentirse Deprimido	<input type="checkbox"/>	Abuso emocional, físico, o sexual de la niñez
<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	Problemas Legales	<input type="checkbox"/>	Abuso emocional, físico o sexual de adulto.
<input type="checkbox"/>	Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	Problemas de Drogas	<input type="checkbox"/>	Sobrecarga de estrés
<input type="checkbox"/>	Pensamientos de Suicidio	<input type="checkbox"/>	Problemas de Alcohol	<input type="checkbox"/>	Ataques de pánico
<input type="checkbox"/>	Intento de Suicidio	<input type="checkbox"/>	Estrés relacionado con el trabajo	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones de vivienda
<input type="checkbox"/>	Incidente Traumático	<input type="checkbox"/>	Miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	Desorden obsesivo/compulsivo
<input type="checkbox"/>	Estrés Financiero	<input type="checkbox"/>	Trastorno Alimenticio		
Comments:					

### Marque todos los problemas/síntomas que haya experimentado en los últimos (6) meses.

<input type="checkbox"/>	Manos sudorosas o frías y húmedas	<input type="checkbox"/>	Estado de ánimo deprimido(a)
<input type="checkbox"/>	Boca seca	<input type="checkbox"/>	Se siente con baja autoestima
<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse (la mente se queda en blanco) cuando se siente con nervios.	<input type="checkbox"/>	Disminución de apetito
<input type="checkbox"/>	Irritable	<input type="checkbox"/>	Interes sexual reducido
<input type="checkbox"/>	Sentimientos de preocupación excesiva	<input type="checkbox"/>	Pensamientos recurrentes de Muerte o querer morir
<input type="checkbox"/>	Preocupación poco realista	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Interés o placer
<input type="checkbox"/>	Pensamientos no deseados incontrolables	<input type="checkbox"/>	Sentimientos de desesperanza
<input type="checkbox"/>	Pensamientos repetitivos (es decir, contar, repetir palabras en silencio)	<input type="checkbox"/>	Fatiga o bajo nivel de energía
<input type="checkbox"/>	Comportamientos repetitivos realizados para reducir el estrés de los pensamientos no deseados	<input type="checkbox"/>	Sentirse culpable o sin valor
<input type="checkbox"/>	Acciones repetitivas (es decir, lavarse las manos, organizar, revizar)	<input type="checkbox"/>	Disminución de la necesidad de dormir



<input type="checkbox"/>	Necesita que todo este perfecto	<input type="checkbox"/>	Sentirse "en la cima del mundo" por alguna razón especial
<input type="checkbox"/>	Ser mas hablador(a) de lo normal (presión para seguir hablando)	<input type="checkbox"/>	Comer en grandes cantidades o más de lo previsto
<input type="checkbox"/>	Estar distraído (por cosas sin importancia o irrelevantes)	<input type="checkbox"/>	Episodios recurrentes incontrolables de comer
<input type="checkbox"/>	Estar imperactivo(a) agitado(a), o "acelerado(a)"	<input type="checkbox"/>	Falta de control en esos periodos excesivos de comer
<input type="checkbox"/>	Estar impulsive(a) (gastos excesivos, juergas sexuales, o conducción Imprudente)	<input type="checkbox"/>	Preocupación significativa por la forma o el peso del cuerpo
<input type="checkbox"/>	Saber secretos especiales que nadie más cree	<input type="checkbox"/>	sentirse gordo(a) "independientemente del peso corporal real
<input type="checkbox"/>	Que alguien mas le lee la mente	<input type="checkbox"/>	Miedo intenso a aumentar de peso o egordar
<input type="checkbox"/>	Alguién más lee mi mente o manipula mis pensamientos	<input type="checkbox"/>	Vómitos autoinducidos o laxantes para evitar el aumento del peso
<input type="checkbox"/>	Tiempo perdido	<input type="checkbox"/>	Preocupación por algo que ocurrió en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/>	Comportamientos de autolesión: <input type="checkbox"/> Cortarse <input type="checkbox"/> quemarse <input type="checkbox"/> tallado <input type="checkbox"/> Tirar del cabello	<input type="checkbox"/>	Estar realmente molesto por algo que ocurrió en los últimos 6 meses
Comentarios:			