

# Grace Duarte de Baker, LCSW

Trabajadora Social Clínica Licenciada  
Adultos, Niños, Parejas y Familias.  
CA 74511 TN 6737  
Memphis, TN  
(901) 245-2922  
totalideal@gmail.com

¡Bienvenidos a mi práctica!

Por favor complete la siguiente información para que podamos servirle mejor.  
Revise cuidadosamente las políticas de práctica y firme el consentimiento para el tratamiento al final.  
Con gusto podemos revisar las políticas con usted o responder a sus preguntas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

¿Cuál prefiere?  teléfono  celular

¿Podemos dejar mensaje?  No  Sí

casado/a  soltero/a  en una relación

niños  No  Sí

¿Cuál es la preocupación principal o problema que le lleva a buscar ayuda?

---

---

---

¿Qué lo hace mejor? ¿Qué lo empeora?

---

---

¿En qué problemas inmediatos quisiera enfocarse primero? En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Ha tenido consejería o psicoterapia antes de hoy? Sí/No En caso afirmativo, las fechas y con quién?

---

---

---

En caso afirmativo, ¿cómo fue la terapia anterior? ¿Qué fue útil? ¿Qué no fue útil? ¿Qué aprendió?

---

---

---

¿Qué quiere lograr en terapia ahora?

---

---

---

### EXPERIENCIA – Interior individual

¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades?

---

---

---

¿Cómo describiría su estado de ánimo general y sus sentimientos?

---

---

---

¿Qué emociones siente con más fuerza? ¿Cómo las afronta?

---

---

---

¿Cómo cuida de si mismo cuando siente emociones fuertes?

---

---

---

¿Cómo responde al estrés o a los problemas?

---

---

---

¿Cómo toma las decisiones? (por ejemplo, ¿usa la lógica y la razón o confía en su instinto?)

---

---

---

¿Experimenta imágenes o pensamientos recurrentes? (ya sea en sueños o despierto) Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Alguna vez ha intentado dañarse gravemente o suicidarse o dañar a otra persona? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Está *actualmente* teniendo pensamientos suicidas? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Alguien en su familia alguna vez ha intentado morir o murió por suicidio? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Ha habido alguna enfermedad grave, nacimientos, muertes u otras pérdidas o cambios en su familia que lo/la hayan afectado? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Cuál es su primer recuerdo? ¿Recuerdo más feliz? ¿Recuerdo más doloroso?

---

---

---

¿Dónde siente estrés en su cuerpo? (hombros, cuello, espalda, mandíbula, etc.)?

---

---

¿Tiene maneras de expresarte creativamente? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

Describe su tiempo libre (aficiones, intereses):

---

---

---

¿Alguna vez ha experimentado o presenciado abuso verbal, físico, emocional y/o sexual? Sí/No

En caso afirmativo, describa:

---

---

---

En general, ¿qué tan satisfecho está con su vida??

No satisfecho    5    4    3    2    1    Muy Feliz

En general, ¿cómo se siente acerca de si mismo (autoestima)?

Muy malo    5    4    3    2    1    Muy bien

En general, ¿qué tan en control se siente de su vida y cómo se siente?

No tengo control    5    4    3    2    1    Tengo mucho control

Por favor marque cualquiera de las siguientes emociones que ha tenido recientemente o que ha tenido en el pasado.

enojado	dificultad para concentrarse
triste	poco interés o placer en hacer las cosas
solo	bajo o alto apetito
asustado	cansancio excesivo
ansioso/preocupado	sentirse indefenso
vergonzoso/culpable	tener mucha más energía de la normal
celoso	pensamientos corriendo a través de la cabeza
feliz	deseo de hacerse daño a sí mismo
agradecido/agradecido	deseo de dañar a otra persona
sexual/erótico	escuchar o ver cosas que otros no pueden
emocionado	pensamientos extraños que son difíciles de controlar
energético	miedo de que alguien está tratando de hacerle
esperanza	daño
relajado/pacífico	otras emociones: _____

## COMPORTAMIENTO – Individual Exterior

¿Está tomando medicamentos? Sí/No En caso afirmativo, describa (nombre del medicamento, dosis, condición)

---

---

---

¿Tiene un médico de atención primaria? Sí/No En caso afirmativo, incluya el nombre y la dirección.

---

---

---

¿Ha tenido un examen físico en el último año? Sí/No En caso afirmativo, ¿hubo resultados significativos (enfermedades, la presión arterial)?

---

---

---

¿Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza u otra lesión grave? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Otros problemas o condiciones médicas que ha experimentado o está experimentando ahora?

---

---

---

Por favor marque cualquiera de los siguientes comportamientos o sentimientos corporales que le suceden ahora o le han sucedido en el pasado.

beber demasiado  
usar drogas ilegales o que alteren la mente  
comer demasiado  
comer muy poco  
descuidar a los amigos y familiares  
descuidar las necesidades propias y de sí mismos  
dificultad en ser amable y amoroso consigo mismo  
comportamiento está lastimando a otros

mal humor  
dificultad en controlar el comportamiento  
pensar en el suicidio  
dificultad en concentrarse  
gastar más dinero del que puede  
llanto frecuente  
dolores de cabeza  
problemas menstruales  
mareos  
temblores cardíacos

nerviosismo  
preocupaciones sexuales  
hormigueo/entumecimiento  
Otros comportamientos: \_\_\_\_\_

cansancio excesivo  
apagones

¿Tiene otros dolores o dificultades corporales? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

En general, ¿cómo calificaría su salud física?

Muy insalubre      5      4      3      2      1      Muy saludable

Describa sus patrones de dormir. (cuando duermes, ¿cuántas horas? ¿Te despiertas con frecuencia?)

---

---

---

¿Se siente que descansa después de dormir? Sí/No

Describa sus hábitos alimenticios (tipos de alimentos y cuánto come).

---

---

---

¿Toma vitaminas o suplementos? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

Describa su consumo de alcohol y drogas. Pasado y presente.

---

---

---

¿Participa en el ejercicio? Sí/No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna dificultad de comunicación (escuchar o hablar) Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

CULTURA – Interior Colectivo

Describa sus relaciones con familiares, amigos y compañeros de trabajo.

---

---

---

¿Qué es lo más importante para usted? ¿Qué es lo más importa en su vida?

---

---

---

En general, ¿qué tan satisfecho está con sus amistades u otras relaciones?

No satisfecho      5      4      3      2      1      Muy satisfecho

En general, ¿qué tan cómodo está en situaciones sociales?

No comodo    5      4      3      2      1      Muy cómodo

¿Se considera una persona espiritual o religiosa?

No espiritual/religioso    5      4      3      2      1      Muy espiritual/religioso

¿Tiene una creencia y/o práctica espiritual o religiosa? Sí/No    Describa:

---

---

---

En su familia de origen, ¿qué sentimientos se le animaron a expresar? ¿Qué sentimientos se desalentaron?

---

---

---

¿Qué emociones son más cómodas para usted ahora? ¿Qué emociones son incómodas ahora?

---

---

---

¿Qué identidades son importantes para usted (género, etnia, política)?

---

---

---

¿Cómo expresó su familia de origen amor y cuidado? ¿Cómo lo expresa su familia actual ahora?

---

---

---

¿Cómo expresó su familia de origen su desaprobación? ¿Cómo lo expresa su familia ahora?

---

---

---

Describa sus relaciones románticas/sexuales/amorosas actuales.

---

---

---

¿Estás satisfecho con tu vida sexual? Sí/No Por favor describa.

---

---

---

¿Cuáles son algunas de sus morales más importantes? ¿Qué tan importantes son para usted?

---

---

---

Describa cualquier participación política o cívica.

---

---

---

¿Está involucrado en alguna actividad cultural o ambiental? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Alguna vez ha experimentado prejuicios o discriminación (racial, género, etc.) o siente que usted está desfavorecido/a en términos de poder y privilegio en la sociedad? Sí/No Describa:

---

---

---



SISTEMAS SOCIALES – Exterior Colectivo

Describa su ambiente físico actual en el hogar (casa, barrio, compañeros de piso).

---

---

---

¿Siente que se lleva bien con todos con los que vive ahora? Yes/No Describa:

---

---

Describa su ambiente de trabajo (incluyen compañeros de trabajo o supervisores con los que trabaja directamente).

---

---

¿Ha servido en el ejército? ¿Has experimentado combates? Sí/No En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Está actualmente involucrado en una disputa legal (custodia, civil, ocupacional)?

---

---

¿Qué partes de su vida son estresantes?

---

---

---

¿Qué sistema de apoyo tiene (amigos, familia, pareja)?

---

---

---

Enumere su familia de origen:

Nombre	Edad	Género	Relación con usted (incluya medios hermanos o hermanastros)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre	Edad	Género	Relación contigo
--------	------	--------	------------------

(incluya medios hermanos o hermanastros)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Cuál es su formación escolar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Qué tan satisfecho está con el tipo de trabajo que hace?

No satisfecho      5      4      3      2      1      Muy satisfecho

Haz una lista de tu familia actual o de todas las personas con las que vives actualmente.

Nombre	Edad	Género	Relación contigo (incluya medios hermanos o hermanastros)
--------	------	--------	--

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay antecedente familiar de enfermedad mental? Sí/No En caso afirmativo, describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La siguiente lista de varias "partes" o aspectos de nuestra personalidad que algunas personas notan de usted en ciertas situaciones, pero no en otras. También indique a la derecha de la "parte", la situación en la que se da cuenta de esta parte en su vida.

hijo irresponsable	_____
padre crítico	_____
dominador/tiene que estar en la cima	_____
propensos a fallar/"underdog"	_____
juez o crítico duro	_____
falso o falso yo	_____
indigno o no-bueno-suficiente yo	_____
grandioso/mejor que todos los demás	_____
otros – describan	_____

¿Hay algo más que quiere que sepa?

---

---

---

---

---

---

◆FIRMA CON RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN◆

Con la firma del cliente a continuación (firma del padre/tutor si el cliente es menor de edad), reconoce que el cliente (y el padre/tutor si es menor de edad) ha recibido la siguiente información:

- Los servicios de terapia son voluntarios, y el cliente tiene el derecho de interrumpir cuando lo desee o cuando sea apropiado. Si no es apropiado continuar el tratamiento, se le darán recursos que pueden ser útiles al cliente, sin costo.
- Los servicios de terapia con Grace Duarte-Baker, LCSW son confidenciales excepto en ciertas situaciones que ha revisado con el cliente (y los padres/tutores si el cliente es menor de edad).
- Los servicios de terapia con Grace Duarte-Baker, LCSW son relativamente de corto plazo e incluyen un breve asesoramiento de apoyo durante los períodos de crisis si es necesario.
- En caso de emergencia inmediata que ponga en peligro la vida, el cliente (y el padre/tutor si es menor de edad) han recibido información y orientación sobre cómo acceder a estos servicios por Grace Duarte de Baker, LCSW.
- La terapia puede incluir riesgos y beneficios y no está garantizada.
- Los servicios de la práctica incluyen consulta, evaluación y tratamiento y puede haber un costo diferente para cada servicio, si este es el acuerdo hecho con el terapeuta.
- Los servicios de evaluación incluyen sesiones de evaluación recurrentes para revisar los progresos, hacer cambios en el tratamiento y, si es necesario, interrumpir o continuar el tratamiento.
- Todas las sesiones de terapia y evaluación son de 50 minutos cada una, pero pueden variar dependiendo de las necesidades del cliente.
- Llegar a la sesión programada bajo la influencia del alcohol o las drogas, resultará en la cancelación de la cita. Se hará contacto con el contacto de emergencia en el archivo para la coordinación de la seguridad del cliente si es apropiado.
- Más de dos sesiones perdidas sin llamar al menos 24 horas antes, resultará en una referencia gratuita a servicios alternativos que pueden ser más apropiados para continuar su tratamiento.
- El costo de cada sesión perdida sin aviso será el costo total de la sesión regular.
- El costo total de los servicios es de \$70.00 por sesión. Se aceptan tarjetas de, Venmo, o tarjetas de crédito o débito.

- Los pagos de cada sesión deben realizarse 24 horas antes o 24 horas después de cada sesión.
- Grace Duarte de Baker, LCSW no forma parte de ninguna red de seguros de salud.
- Para cancelar o cambiar una cita, por favor llame o envíe un mensaje de texto (901) 245-2922 al menos 24 horas antes de su cita programada o se le cobrará el costo total de la sesión perdida.
- Las llamadas al número de práctica principal (901) 245-2922 se devuelven en un plazo de 24 horas.

**Atención:** Su firma en este formulario confirma que ha consultado con Grace de Duarte Baker, LCSW a su satisfacción y que acepta comenzar y completar la evaluación y recibir recomendaciones para los servicios de tratamiento con ella.

Por favor escriba el nombre del cliente que recibirá tratamiento \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(firma de padres si el cliente es menor de edad)

Firma y Declaración de que he recibido los Límites de Confidencialidad por separado.

Firma del cliente:  
(Padre/Tutor si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_