



Erene Soliman Psychologist, Inc.
Licensed Psychologist, PSY23162

Nombre: _____ Fecha: _____

Nombre de su Pareja: _____

Estado Civil: (Seleccione todo lo que Aplique) Casada(o) Separada(o) Divorciada(o)
 Saliendo con Concubinato Viviendo Juntos Viviendo Separados

Cuanto tiempo llevan juntos en esta relación: _____

1. Cuando piensa sobre la razón principal que le motive a venir ¿Cómo calificaría su frecuencia y su nivel general de preocupación ahora??

Preocupada(o) No preocupada(o) Poca preocupación Preocupación moderada Preocupación Seria Frecuencia de preocupación muy grave Sin ocurrencia Ocurre raramente Ocurre a veces Ocurre frecuentemente Ocurre casi siempre

2. ¿Qué espera lograr durante la terapia?

3. ¿Qué ha hecho para sobrellevar sus dificultades?

4. ¿Cuáles son tus mayores fortalezas como pareja?

Califique su nivel actual de felicidad en la relación encerrando en un círculo el número que corresponda con sus sentimientos actuales sobre la relación.

(extremadamente infeliz) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(extremadamente feliz)



5151 N Palm Ste 500
Fresno, CA 93704
(559) 449-2734
(559) 449-2733

esolimanpsychservices.com

Haga al menos una sugerencia sobre algo que podría hacer personalmente para mejorar la relación independientemente de lo que haga su pareja.

5. ¿Ha recibido consejería previa para parejas relacionado con alguno de los problemas mencionados? Si No

En caso afirmativo,

- Cuando: _____
- Donde: _____
- Con Quien: _____
- Duracion de tratamiento: _____
- Problemas tratados: _____

6. ¿Cuál fue el resultado (Marque uno)? Muy exitoso Algo exitoso Nada mejoro Mas o menos empeoro Mucho peor

7. Alguno de ustedes, entre usted y su pareja, ¿han participado en terapia individual? Si No

- En caso afirmativo, Deme un breve resumen de sus preocupaciones que se abordaron.

8. ¿Usted o su pareja beben alcohol o toman drogas hasta intoxicarse? En caso afirmativo por parte de cualquiera de los dos, ¿quién lo hace?, ¿cuál es la frecuencia?, ¿y cuáles drogas o bebidas consumen?

9. ¿Usted o su pareja han golpeado, restringido físicamente, usado violencia o lesionado a la otra persona? Si es así para cualquiera, ¿quién, con qué frecuencia y qué sucedió?

10. ¿Alguno de ustedes ha amenazado con separarse o divorciarse (si está casado) como resultado de los problemas actuales de la relación?

- En caso afirmativo, ¿quién? Yo Mi pareja Los dos
- Si están casados, ¿usted o su pareja han consultado con un abogado sobre el divorcio?
- En caso afirmativo, ¿quién? Yo Mi pareja Los dos

11. ¿Percibe que usted o su pareja se han retirado de la relación?

- En caso afirmativo, ¿Quién de ustedes se ha retirado? Yo Mi pareja Los dos

12. ¿Usted o su pareja se han engañado alguna vez emocional o físicamente? Si No

- Si no esta segura(o) que si, quien? Yo Mi pareja Los dos

¿Con qué frecuencia ha tenido relaciones sexuales durante el último mes? _____ veces

¿Qué tan agradable es tu relación sexual? (Circule uno)

(extremadamente desagradable) 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10 (extremadamente agradable)

¿Qué tan satisfecha(o) esta con la frecuencia de su relación sexual? (Circule uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extremadamente
insatisfecha/o) (extremadamente satisfecha/o)

¿Cuál es su nivel de estrés actual (en general)? (Circule uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (no estrés) (alto estrés)

¿Cuál es su nivel de estrés actual (en la relación)? (Circule uno)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (no estrés) (alto estrés)

EVENTOS ESTRESANTES EN SU VIDA Describa cualquier evento vital significativo o estresante que haya estado experimentando: ___No ___Si

En caso afirmativo, por favor describa los problemas económicos

¿Dificultad para acceder a la atención médica?

¿Problemas legales o criminales?

¿Problemas culturales?

¿Conflicto de familia o falta de apoyo?

¿Problemas sociales?

¿Dificultades en la escuela o trabajo?

Problemas de alojamiento/hospedaje?

¿Perdidas o Duelos?

¿Cualquier otro?

13. ¿De quién fue la idea de venir a terapia?

14. ¿Hubo un evento que provocó que alguien hiciera esta llamada? (¿Por qué buscan ayuda ahora?)

Clasifique las tres preocupaciones principales que tiene en su relación con su pareja. (El 1 siendo el mas problemático):

1.

2.

3.

15. ¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento (marque todo lo que corresponda): Mejorar la comunicación Resolución de conflictos Habilidades de crianza Resolución de problemas Más intimidad (emocional) Más intimidad (sexual) Más tiempo de calidad juntos Resolver

problemas individuales Más autonomía Más respeto / comprensión Problemas de poder y control Más pasatiempos Más contactos sociales Más participación en las tareas del hogar Ayuda para el comportamiento de los niños Otro (especifique):

¿Qué tan importante es para usted mejorar la calidad de su relación?

(no es importante)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extremadamente importante)

¿Qué tan dispuesta(o) está a hacer de "trabajar en esta relación" una prioridad en su vida?? (no estoy dispuesta(o))

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (extremadamente dispuesta(o))

Por último, dibuje un gráfico que indique su nivel de satisfacción en la relación a partir del momento en que conoció a su pareja. Tenga en cuenta los eventos cruciales / significativos en su relación (por ejemplo, uno de ustedes se mudó, uno de ustedes hizo trampa). Satisfacción total Sin satisfacción
Relación a lo largo del tiempo Cuándo se conoció / comenzó a salir Actual Gracias por completar esto.
Por favor traiga esto con usted durante su primera cita. Tenga en cuenta que se le pedirá que hable sobre sus respuestas en las sesiones, pero no se le mostrará este formulario a su pareja.

INSERTAR GRÁFICO AQUÍ



¿Hay algo más que le gustaría mencionar?
