



## Por favor, cuéntenos acerca de usted...

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD / MM / AAAA): \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Has estado en terapia antes? Sí\_\_ No\_\_ - ¿Si es así, con la Dra. Alishia Kalos? Si\_\_ No\_\_

Nombre de la pareja: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en el proceso de divorcio o litigio? Si\_\_ No\_\_

En caso afirmativo, describa su situación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas proporcionan información sobre su fondo personal:

♦ Estado actual de la relación:  
\_\_\_ Soltero/a \_\_\_ Comprometido/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Viviendo juntos / Compañeros domésticos  
\_\_\_ Separados \_\_\_ Divorciados / Anulados \_\_\_ Viudo \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

♦ Número de niños: \_\_\_\_\_ Número de niños que viven con usted: \_\_\_\_\_  
Edad de sus niños: \_\_\_\_\_ Edad de los niños que viven con usted: \_\_\_\_\_

♦ Estado de trabajo (usted):  
\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_ Empleado/a (Completo) \_\_\_ Empleado (parcial)  
\_\_\_ Ama de casa / Ingeniero Doméstico \_\_\_ Jubilado/a \_\_\_ Trabajador por cuenta propia  
\_\_\_ Estudiante \_\_\_ Desempleado  
Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado de trabajo de su pareja (pase a ingresos si no aplica):

\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_ Empleado/a (Completo) \_\_\_ Empleado (parcial)  
\_\_\_ Ama de casa / Ingeniero Doméstico \_\_\_ Jubilado/a \_\_\_ Trabajador por cuenta propia  
\_\_\_ Estudiante \_\_\_ Desempleado  
Ocupación: \_\_\_\_\_

♦ Ingreso anual (todas las fuentes): Usted: \$ \_\_\_\_\_ Familiar: \$ \_\_\_\_\_



♦ Educación más avanzada (usted):

Primaria  Escuela secundaria  Colegio / GED  Algunos estudios universitarios  
 Graduado universitario  Escuela técnica  Postgrado

Educación más avanzada (su pareja, si no está presente):

Primaria  Escuela secundaria  Colegio / GED  Algunos estudios universitarios  
 Graduado universitario  Escuela técnica  Postgrado

♦ Religión (Ud.):

Agnóstico / Ateo  Musulmán  Budista  Católica  Cristiana  Judío  
 Non-Religioso/a  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Religión (su pareja, si no está presente)

Agnóstico / Ateo  Musulmán  Budista  Católica  Cristiana  Judío  
 Non-Religioso/a  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

♦ Raza (Ud.):

Hispano /Latino/a  Afroamericano / negro  Indio americano / nativo de Alaska  
 Asiático / Asiático-Americano  Caucásico / Blanco  Nativo de Hawái / Pacífico  
 Multirracial (especifique): \_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Raza (su pareja, si no está presente):

Hispano /Latino/a  Afroamericano / negro  Indio americano / nativo de Alaska  
 Asiático / Asiático-Americano  Caucásico / Blanco  Nativo de Hawái / Pacífico  
 Multirracial (especifique): \_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

♦ Género (Ud.):

Mujer  Hombre  No binario / fluido  Otro (describir): \_\_\_\_\_

Género (su pareja, si no está presente)

Mujer  Hombre  No binario / fluido  Otro (describir): \_\_\_\_\_

♦ Orientación Sexual (Ud.)

Heterosexual  Bisexual  Gay  Lesbiana  Otro (describir): \_\_\_\_\_

♦ ¿Cómo se enteró de la Dra. Alishia Kalos / Strongest Self Therapy?

Strongestselftherapy.com  Psychologytoday.com  Otra página de web  Medios sociales  
 Folleto  Periódico / Revista  Yo era cliente anterior  Otro cliente anterior  
 Amigo / Relativo  Abogado / Corte  Otro (especificar): \_\_\_\_\_



Las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender sus esperanzas y expectativas para la terapia:

---

1. ¿Qué espera ud. de su terapia / terapeuta?
2. ¿Qué espera ud. evitar en su terapia / terapeuta?
3. Las investigaciones indican que la mayoría de los clientes asisten a entre 13 y 18 sesiones antes de experimentar un cambio significativo. ¿Aproximadamente a cuántas sesiones espera ud. asistir?
4. ¿Existe alguna forma específica de terapia o intervención que ud. espera utilizar? (Si es así, ¿cuál?)
5. ¿Cuáles identificaría como sus áreas y / o fuentes de fortaleza?
6. ¿Hay algo más que a ud. le gustaría que supiéramos sobre sus esperanzas y expectativas para la terapia?



Proporcione en la página siguiente un resumen de los momentos más influyentes de su vida (siéntase libre de mantener esto "breve y simple", ya que podemos desarrollarlo más adelante):

---