



## HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela, grado, grupo, y turno: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Vas o has ido al psicólogo en alguna otra institución y/o particular? \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Estoy de acuerdo con asistir a consulta? A) SÍ B) NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AREA PERSONAL

¿Cómo describes tu forma de ser? \_\_\_\_\_

¿Qué emoción/sentimiento sientes con más frecuencia? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Miedo**      **Alegría**      **Tristeza**      **Enojo**      **Amor**

### ÁREA FAMILIAR

¿Existen reglas claras en el hogar? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia las cumples?: A) SIEMPRE B) ALGUNAS VECES C) NUNCA ¿POR QUÉ?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué consecuencias hay cuando no cumples las reglas?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ÁREA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

¿Quién te corrige o castiga?: \_\_\_\_\_

¿Entre los integrantes de tu familia existen peleas fuertes? A) SÍ B) NO

¿Entre quienes?: \_\_\_\_\_

¿De qué forma son esas peleas?: \_\_\_\_\_

Cuando discuten en casa, en alguna ocasión se ha presentado:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empujones                     | <input type="checkbox"/> Mordidas  |
| <input type="checkbox"/> Jalones o sacudidas           | <input type="checkbox"/> Quemaduras  |
| <input type="checkbox"/> Rasguños                      | <input type="checkbox"/> Cachetadas  |
| <input type="checkbox"/> Puñetazos                     | <input type="checkbox"/> Patadas   |
| <input type="checkbox"/> Ahorcamiento                  | <input type="checkbox"/> Golpes utilizando objetos como: Palos, cintos, mangueras, trastes, etc. |
| <input type="checkbox"/> Apuñaladas                    | <input type="checkbox"/> Amenazas  |
| <input type="checkbox"/> Disparos                      | <input type="checkbox"/> Otros   |
| <input type="checkbox"/> Insultos y frases denigrantes |  |

¿Con qué frecuencia se presentan estas situaciones en tu familia?

- A) Muy frecuente      B) Frecuente      C) Poco frecuente

¿Algunos de los miembros de tu familia ha requerido ser hospitalizado por este tipo de problemas?

- A) Sí      B) No      ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

¿HAN SOLICITADO AYUDA? A) Sí      B) NO      ¿A QUIÉN? \_\_\_\_\_

#### ADICCIONES

¿Alguna vez has consumido drogas? A) Sí      B) NO

¿Actualmente las sigues consumiendo? A) Sí      B) NO      ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?

#### ANTECEDENTES DE CONDUCTA SEXUAL

¿Has recibido educación sexual en casa? A) Sí      B) NO

¿Qué información has recibido?: \_\_\_\_\_

¿Ya iniciaste tu vida sexual? ¿a qué edad?: \_\_\_\_\_

Tu inicio de vida sexual fue de forma voluntaria? A) Sí      B) NO

¿Cuántas parejas sexuales has tenido? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has tenido relaciones o interacciones sexuales con personas de tu mismo sexo? A) Sí      B) NO

¿Has tenido alguna experiencia sexual desagradable? A) Sí      B) NO

¿Cuál fue esa experiencia?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EN LA AUTOEXPLORACIÓN

- \_\_\_\_\_ Te interesa conocer más sobre tu sexualidad.
- \_\_\_\_\_ Has recibido información sexual en la escuela.
- \_\_\_\_\_ Has recibido información de tus amigos.
- \_\_\_\_\_ Edad en que recibiste las primeras informaciones.
- \_\_\_\_\_ Duermes en el mismo cuarto de tus papás.
- \_\_\_\_\_ Duermes en el mismo cuarto de tus hermanos.
- \_\_\_\_\_ Tienes vida sexual activa. A) con protección B) sin protección

### EVENTOS SIGNIFICATIVOS.

\*Muertes, accidentes, enfermedades, cambios de ciudad, separaciones familiares, acoso, bullying, etc.\*

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREVISTA**