



**Recinto de Ciencias Médicas
Centro Estudiantil de Consejería y Psicología
Decanato de Estudiantes**



Formulario de Solicitud de Servicios Consejería/Sicología

Marque aquí solo en caso de que le aplique: “Estoy en crisis y/o tengo ideas suicidas”.

* Número de estudiante: _____ - _____ - _____ * Fecha de hoy: _____ / _____ / _____
Día/Mes/Año

* Nombre: _____

* Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ * Estatus Civil: _____ * Edad: _____
Día/Mes/Año

* Teléfonos: 1. (_____) _____ - _____ 2. (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____

* Dirección física local: _____

* Dirección postal permanente: _____

* En emergencia llamar a _____ *Tel. (_____) _____ - _____ *Relación: _____

* Programa Académico: _____ Año en el Programa: _____

¿Has recibido servicios de consejería/sicología anteriormente? Dónde, Cuándo y Quién

Recinto de Ciencias Médicas:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otro Lugar:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

¿Cómo te enteraste del CECSi? _____

¿Quién te recomendó contactar al CECSi? _____

¿Te hospedas? _____ ¿Con quién vives? _____

¿Actualmente padeces de alguna condición de salud? ¿Utilizas medicamentos?

Condición	Medicamento	Fecha de inicio

* Razón para solicitar consejería/sicología:

* ¿Desde cuándo estás presentando esta situación? _____
 Menciona alguna situación o cambio que influya en tu estado actual:

*** Usando la escala de "0" (nada) a "4" (mucho), indica cuanto, durante las últimas dos semanas, te describen las siguientes aseveraciones:**

- | | |
|---|---|
| <p>___ 1. Me pongo triste y/o me da coraje pensar en mi familia.</p> <p>___ 2. Soy tímido(a) cuando estoy entre la gente.</p> <p>___ 3. Son muchas las cosas que me producen miedo.</p> <p>___ 4. Mi corazón se acelera por cualquier razón.</p> <p>___ 5. No puedo controlarme cuando como.</p> <p>___ 6. Disfruto mis clases.</p> <p>___ 7. Siento que mi familia me ama.</p> <p>___ 8. Me siento desconectado de mí mismo.</p> <p>___ 9. No disfruto estar con la gente como antes.</p> <p>___ 10. Me siento aislado(a) y solo(a).</p> <p>___ 11. Mi familia me altera los nervios.</p> <p>___ 12. Pierdo contacto con la realidad.</p> <p>___ 13. Pienso en la comida más de lo que debiera.</p> <p>___ 14. Me da ansiedad pensar que pueda tener un ataque de pánico en público.</p> <p>___ 15. Confío en que puedo triunfar académicamente.</p> <p>___ 16. Me pongo ansioso cuando tengo que hablar en público.</p> <p>___ 17. Tengo dificultad para dormir.</p> <p>___ 18. Mis pensamientos están fuera de control.</p> <p>___ 19. Estoy satisfecho(a) con mi apariencia física.</p> <p>___ 20. Me siento inútil.</p> <p>___ 21. Mi familia es una feliz.</p> <p>___ 22. Estoy insatisfecho(a) con mi peso.</p> <p>___ 23. Me siento desamparado(a).</p> <p>___ 24. Uso más medicamentos de los que debería.</p> <p>___ 25. Como demasiado.</p> <p>___ 26. Consumo alcohol frecuentemente.</p> <p>___ 27. Tengo episodios de terror y de pánico.</p> <p>___ 28. Soy entusiasta con la vida.</p> <p>___ 29. Cuando consumo alcohol no puedo recordar lo que ocurrió.</p> <p>___ 30. Me siento tenso(a).</p> <p>___ 31. Una vez que comienzo a comer no puedo detenerme.</p> | <p>___ 32. Tengo dificultad para controlar mi temperamento.</p> <p>___ 33. Me asusto con facilidad.</p> <p>___ 34. Hago dieta con frecuencia.</p> <p>___ 35. Hago amistades con facilidad.</p> <p>___ 36. A veces siento ganas de romper o dañar cosas.</p> <p>___ 37. Tengo pensamientos indeseados que no puedo controlar.</p> <p>___ 38. Hay un historial de abuso físico y psicológico en mi familia.</p> <p>___ 39. Tengo pesadillas con frecuencia.</p> <p>___ 40. Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>___ 41. Me preocupa no agradarle a otras personas.</p> <p>___ 42. Me gustaría que mi familia se lleve bien.</p> <p>___ 43. Me da coraje fácilmente.</p> <p>___ 44. Me siento incómodo(a) entre gente desconocida.</p> <p>___ 45. Me siento irritable.</p> <p>___ 46. He pensado en quitarme la vida.</p> <p>___ 47. Me siento ansioso(a) en público.</p> <p>___ 48. Me provocho los vómitos para controlar mi peso.</p> <p>___ 49. Bebo más de lo que debiera.</p> <p>___ 50. Disfruto emborrachándome.</p> <p>___ 51. No puedo concentrarme tan bien como antes.</p> <p>___ 52. Tengo miedo de perder el control y actuar violentamente.</p> <p>___ 53. Se me hace difícil mantener la motivación hacia mis clases.</p> <p>___ 54. Me siento cómodo(a) alrededor de otros.</p> <p>___ 55. Me aprecio a mí mismo(a).</p> <p>___ 56. Por estar borracho he hecho cosas de las que me arrepiento.</p> <p>___ 57. Tengo discusiones con frecuencia.</p> <p>___ 58. Siento que lloro con frecuencia.</p> <p>___ 59. No logro mantenerme al día con el trabajo académico.</p> <p>___ 60. Me vienen pensamientos de lastimar a otras personas.</p> <p>___ 61. Mientras menos como, mejor me siento conmigo misma(o).</p> <p>___ 62. Siento que nadie me comprende.</p> |
|---|---|



Notificación de Confidencialidad y Consentimiento para recibir los servicios

Los servicios de Consejería y Psicología ofrecidos por el personal profesional del Centro Estudiantil Consejería y Psicología (CECSI) siguen las normas de privacidad y confidencialidad establecidos por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, por el Gobierno Federal y por los Códigos de Ética correspondientes a cada profesión. De acuerdo a estas, la confidencialidad podrá ser obviada, solamente por las siguientes razones:

- ✓ Si estuviera en riesgo mi vida o la de otras personas identificables.
- ✓ Si estuviera en riesgo de daño propiedad pública o privada.
- ✓ Si autorizo por escrito a que otras personas u organizaciones tengan acceso a mi información.
- ✓ Si es requerido por un tribunal.

La información compartida con mi profesional de ayuda será preservada en un expediente electrónico privado y confidencial por un período de siete años. Este expediente es separado del expediente académico.

Certifico que he sido informado(a) sobre mi derecho a mantener la confidencialidad y sobre las excepciones de la misma.

Consiento voluntariamente a recibir los servicios de forma presencial y/o remota (virtual) y entiendo que puedo abandonar los mismos en cualquier momento sin que medie ningún tipo de amonestación o consecuencia académica ni de otra índole.

El uso de correo electrónico sería exclusivamente para compartir información que no sea confidencial ni sensible.

*Firma del/la Estudiante

_____/_____/20_____
*Día / Mes / Año

Firma del/la Profesional de Consejería o
Psicología del CECSI

_____/_____/20_____
Día / Mes / Año