

Anastasia Barber. LCSW  
2525 Wallingwood Bldg. 1, Ste. 140  
Austin, TX 78746

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
DOB/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Today's date/Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
City/State/Zip/Ciudad/Estado/Código: \_\_\_\_\_  
Phone/Telefono: \_\_\_\_\_  
Insurance & Number/Aseguranza y numero: \_\_\_\_\_  
Emergency Contact (name & number)/Quien contactar en una emergencia (nombre y telefono):  
\_\_\_\_\_

Reason for seeking counseling/Razón por la que busca consejería:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

How will you know if counseling has been successful?/Como sabrá que la consejería dió resultado?:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Have you ever been treated by a therapist, counselor, psychologist or psychiatrist?  
If yes, please list diagnosis, when and by whom./Ha recibido alguna vez tratamiento de un terapeuta, consejero, psicólogo o psiquiatra? Si contesta sí, favor de anotar el diagnóstico, cuándo y con quién.  
Yes or No/Si o No  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Have you ever experienced a traumatic event or something that was extremely upsetting to you? If yes, please describe./ Ha experimentado alguna vez cualquier evento traumatico o que le inquietó mucho? Si contesta sí, favor de describirlo.  
Yes or No/Si o No  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Have you ever thought of harming yourself or someone else? If yes, please describe./ Ha pensado alguna vez lastimarse o lastimar a otra persona? Si contesta sí, favor de describirlo.  
Yes or No/Si o No  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anastasia Barber. LCSW  
2525 Wallingwood Bldg. 1, Ste. 140  
Austin, TX 78746

Have you ever abused drugs (including alcohol)? If yes, please describe what, when and how./Ha abusado cualquier droga (incluso alcohol)? Si contesta sí, favor de describir qué, cuándo y cómo.  
Yes or No/Si o No

---

---

Is there any history in your family of the following/Hay alguien en su familia que padezca lo siguiente:

Depression/Depresión	Yes or No/ Sí o No
Bipolar disorder/Trastorno bipolar	Yes or No/ Sí o No
Schizophrenia/Esquizofrenia	Yes or No/ Sí o No
Developmental delay/Retraso mental	Yes or No/ Sí o No
Anxiety/Ansiedad o "nervios"	Yes or No/ Sí o No
Alcoholism/Alcoholismo	Yes or No/ Sí o No
Drug abuse/Abuso de drogas	Yes or No/ Sí o No
Suicide or suicide attempts/Suicidio o intento de suicidio	Yes or No/ Sí o No

Are you currently taking any medication? If yes, please list below./ Está tomando cualquier medicamento? Si contesta sí, favor de enlistarlos abajo.  
Yes or No/Si o No

Medicine/Medicamento	Dose/Dosis	How long/Desde cuando	Doctor
----------------------	------------	-----------------------	--------

---

---

---

---

Whom do you live with?/Con quién vive?

---

---

How would you describe your financial situation?/ Como describiría su situación económica?  
Struggling/Difícil                      Stable/Estable                      Comfortable/Comfortable

Received clients rights and privacy practice information/Recibió información sobre los derechos de clientes y practicas de privacidad:

Yes or No/Si o No

Signature/Firma: \_\_\_\_\_