

# Paulo Lazaro, LCSW, CBT, EMDR

License #: SW 005258

Tel: 305-206-2899

email:

Fax: 954-510-2079

[paulolazarolcsw@gmail.com](mailto:paulolazarolcsw@gmail.com)

**Coconut Grove:**

2000 South Dixie Hwy  
Suite 202

Coconut Grove, FL 33133

**North Miami Beach:**

13499 Biscayne Blvd.  
Suite 208

North Miami, FL 33181

## INFORMACIÓN BÁSICA

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

Dir.: \_\_\_\_\_

Tel Cel.: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trab.: \_\_\_\_\_

Se puede dejar mensaje? ( ) Cel ( ) Casa ( ) Trabajo

Fecha de nacim.: \_\_\_\_\_ S.S.# (si esta usando seguro): \_\_\_\_\_

Dirección de Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ .com

Cia Seg.: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Cuenta#: \_\_\_\_\_ Grp#: \_\_\_\_\_ Plan#: \_\_\_\_\_

Referido(a) por: \_\_\_\_\_

## Información de el asegurado(a)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacim: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

## CONDICIÓN ACTUAL

1) Razón para buscar terapia en este momento: \_\_\_\_\_

2) La expectativa suya sobre la terapia: \_\_\_\_\_

3) Indique la intensidad y duración de los síntomas actualmente presentes:

Síntomas	Intenso	Moderado	Suave	< 1 mes	1 to 6 meses	> 6 meses
1) Tristeza						
2) Falta de placer en actividades que en el pasado eran placenteras						
3) Ansiedad						
4) Falta de energía						

5) Falta o exceso de sueño						
6) Falta o exceso de apetito						
7) Baja autoestima						
8) Lloro excesivamente						
9) Irritabilidad						
10) Problemas de relacionamiento						
11) Reducción/Aumento de deseo sexual						
12) Aislamiento						
13) Ataques de pánico						
14) Reducción de peso drástica						
15) Baja concentración/memoria						
16) Abuso de alcohol o otras sustancias						
17) Frecuentes episodios de enojo intenso						
18) Problemas físicos sin razón aparente						
19) Dificultades para respirar						
20) Periodos de euforia						
21) Pensamientos suicidas						
22) Otro (indique):						
23) Otro (indique):						

4) Uso de droga, alcohol, café, cigarrillos, etc (pasado y presente):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) Salud física, fecha del último examen médico.: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE PROBLEMAS MENTALES

1) Psicoterapias previas, razones (buenos resultados?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Medicación psiquiátrica usados actualmente o en el pasado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Historia de dificultades para controlar impulsos auto-destructivos, intentos de suicidio, etc:

\_\_\_\_\_

### EDUCACIÓN Y INFORMACIÓN PROFESIONAL

1) Actual ocupación profesional: \_\_\_\_\_

2) Nivel de educación: \_\_\_\_\_

### HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

1) Actual estado civil: \_\_\_\_\_

2) Antecedentes legales (prisiones, DUI's, etc):: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Sistema de apoyo emocional (esposo(a), familia, amistades, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Historia familiar de problemas mentales, violencia, abuso físico/emocional y vicios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5) Estado civil de los padres (separados, divorciados o fallecidos, favor indicar su edad, cuando sucedió): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6) Actual relación con la familia de origen: \_\_\_\_\_

Firma/Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA FINES DE PAGO DEL SEGURO, CUANDO SEA APROPIADO**

1) Firma del paciente o de la persona autorizada: Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar reclamaciones relacionadas con este tratamiento de psicoterapia. También solicito el pago de los beneficios del gobierno a la parte que acepta la asignación a continuación.

2) Firma del asegurado o de la persona autorizada: Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor abajo firmante que se describe en este documento.

<b>Firma del Cliente/Fecha</b>	<b>Paulo Lazaro, LCSW, CBT, EMDR/Fecha</b>