

Paulo Lazaro, LCSW, CBT, EMDR

License #: SW 005258

Tel: 305-206-2899

email:

Fax: 954-510-2079

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

INFORMAÇÕES BÁSICAS

Nome: _____ Idade: _____

End.: _____ Apt. #: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Data de Nasc.: _____ S.S.# (se usando seguro): _____

Responsável (se cliente é menor): _____

Tel Cel.: _____ Casa: _____ Trab.: _____

Podemos deixar mensagens no(s) tel(s): ☐ Cel ☐ Casa ☐ Trabalho

Autoriza comunicação eletrônica (Skype, Facetime, Zoom, Whatsapp, Texto, etc)?

☐ Sim ☐ Não

Email: _____@_____.com

Cia Seg.: _____ Tel: _____ ID#: _____

Acct#: _____ Grp#: _____ Plan#: _____

Referido por: _____

DADOS DO(A) SEGURADO(A) (se diferente do(a) cliente):

Nome: _____ Relação: _____

Data de Nasc.: _____ S.S.#: _____

CONDIÇÃO ATUAL

1) Razão para procurar terapia neste momento: _____

2) Sua expectativa em relação a terapia: _____

3) Indique intensidade e duração de sintomas atualmente presentes:

Sintomas	Intenso	Moderado	Leve	< 1 mês	1 to 6 meses	> 6 meses
1) Tristeza						
2) Falta de prazer em atividades que costumavam ser prazerosas						
3) Ansiedade						
4) Falta de energia/motivação						
5) Falta ou excesso de sono						
6) Falta ou excesso de apetite						
7) Baixa auto-estima						
8) Chorando excessivamente						
9) Irritabilidade						
10) Problemas de relacionamento						
11) Falta de desejo sexual						
12) Compulsão sexual						
13) Perda de peso rápida						
14) Pouca concentração/memória						
15) Abuso substancias (álcool, etc)						
16) Ataques de pânico						
17) Ataques de raiva						
18) Isolamento						
19) Problemas físicos sem razão						
20) Episódios de falta de ar						
21) Períodos de euforia						
22) Pensamentos repetitivos de morte ou suicídio						
23) Outro (indique):						
24) Outro (indique):						

4) Uso de droga, álcool, café, cigarros, etc. (passado e presente): _____

5) Saúde física, data de último exame med.: _____

HISTÓRIA DE PROBLEMAS MENTAIS

1) Psicoterapias previas, razões: _____

2) Medicamentos psiquiátricos usados atualmente ou no passado: _____

3) Historia de dificuldades de controlar impulsos auto-destrutivos, tentativas de suicídio, etc.: _____

EDUCAÇÃO E INFORMAÇÃO PROFISSIONAL

- 1) Atual ocupação profissional: _____
- 2) Nível de educação: _____
- 3) Dificuldades de aprendizado: _____
- 4) Dificuldades de comportamento na escola (se criança ou adolescente): _____

HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

- 1) Atual estado civil: _____
- 2) Antecedentes legais (prisões, DUI's, etc): _____

- 3) Sistema de apoio emocional (esposo(a), família, amigos, etc.): _____

- 4) Historia familiar de problemas mentais, violência, abuso físico/emocional, vícios e comportamento auto-destrutivo, incluindo ameaças/tentativas de suicídio: _____

- 5) Estado civil dos pais (se separados, divorciados ou falecidos, por favor indicar sua idade quando aconteceu o evento): _____

- 6) Atual relação com família de origem: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Assinatura/Data: _____

SE ALGUMA CIA DE SEGURO OU PROGRAMA DO GOVERNO ESTIVER ENVOLVIDO EM PAGAMENTOS, POR FAVOR ASSINE AUTORIZAÇÃO ABAIXO:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTOS DE SEGURO

1) Assinatura do paciente ou de pessoa autorizada: Autorizo a divulgação de qualquer informação médica ou outra necessária para processar ações relacionadas a este tratamento psicoterápico.

2) Assinatura do segurado ou pessoa autorizada: Eu autorizo o pagamento à Paulo Lazaro, LCSW, CBT, EMDR de benefícios relativos ao tratamento psicoterápico provido pelo mesmo ou por seu autorizados.

Assinatura do Cliente ou Responsável/Data

Paulo Lazaro, LCSW, CBT, EMDR/Data