



COUNTY OF COLUSA

DEPT. OF BEHAVIORAL HEALTH

CLIENT QUESTIONNAIRE

1. What is the primary problem for which you are seeking help?

2. When did the problem start?

3. The above problems sometimes affect us in different areas of our life. Please mark the areas the above problems you listed are affecting you.

☐ Home ☐ School ☐ Work ☐ Community ☐ Peer and other relationships

4. Listed below are several problem areas that are commonly experienced by people. Please mark any that might be a problem to you.

☐ Depression ☐ Change in sleep ☐ Weight loss/gain ☐ Poor appetite ☐ Loss of interest in things/pleasure ☐ Isolation ☐ Hopeless feelings ☐ Change in energy level ☐ Worthless feelings ☐ Low Self-Worth	☐ Anxiety ☐ Panic Attacks ☐ Compulsions ☐ Obsessions ☐ Phobias ☐ Night nightmares or flashbacks ☐ Walking in sleep ☐ Problems in social situations ☐ Bedwetting ☐ Out of body experience	☐ Hearing voices ☐ Seeing things that aren't there ☐ Fear of being followed ☐ Able to read people's minds ☐ Able to send thoughts to others through space ☐ Losing track of time; sometimes finding yourself in a place and not knowing how you got there
☐ Homicidal thoughts ☐ Suicidal thoughts ☐ Self-Injury	☐ Poor concentration ☐ Problems with impulsiveness ☐ Hyperactivity	☐ Marital conflict ☐ Grieving significant loss ☐ Excessive guilt ☐ Lack of empathy ☐ Excessive shyness ☐ Memory problems ☐ Other symptoms (List): _____
☐ Problems with anger ☐ Mood swings ☐ Violent tendencies ☐ Trouble with the law ☐ Being persecuted	☐ Drug/Alcohol use ☐ Compulsive gambling ☐ Inpatient psychiatric treatment ☐ Outpatient psychiatric care	

COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH CLIENT QUESTIONNAIRE	Name: _____
	Client Number: _____

5. Please mark any health problems you are experiencing.

☐ No General Medical Condition ☐ Allergies ☐ Anemia ☐ Arterial Sclerotic Condition ☐ Asthma ☐ Birth Defects ☐ Blind/Visually Impaired ☐ Cancer ☐ Carpal Tunnel Syndrome ☐ Chronic Pain ☐ Cirrhosis ☐ Cystic Fibrosis ☐ Deaf/Hearing Impaired	☐ Diabetes ☐ Digestive Disorders ☐ Ear Infections ☐ Epilepsy/Seizures ☐ Heart Disease ☐ Hepatitis ☐ High Cholesterol ☐ Hypertension ☐ Hyperthyroid ☐ Infertility ☐ Migraines ☐ Multiple Sclerosis ☐ Muscular Dystrophy	☐ Obesity ☐ Osteoporosis ☐ Other _____ _____ ☐ Parkinson's Disease ☐ Physical Disability ☐ Psoriasis ☐ Sexually Transmitted Disease ☐ Stroke ☐ Tinnitus ☐ Ulcers ☐ Unknown/Not Reported
---	---	---

6. Have you taken any medications in the past 2 weeks? ☐ Yes ☐ No

7. Please list all medications for any reason below that you are taking:

Medication	Dose (mg)	Frequency (for example, one tab in a.m. and one tab in p.m.)

8. Please list any Allergies or other Medical Needs below:

9. Research has shown that mental health treatment is more successful when natural supports are involved in the treatment process. Natural supports are able to assist with reaching goals, give support outside of mental health sessions, and continue to support when treatment has ended. Your therapist can help you explore the different ways a support person can be included in your treatment so that you feel comfortable. **Who is your identified support person (significant other, family member, friend, community member)?**

10. What do you hope to achieve from coming here?

COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH CLIENT QUESTIONNAIRE	Name:
	Client Number:



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA

CUESTIONARIO DEL CLIENTE

1. Cual es la razón principal por la cual Usted esta buscando ayuda?

2. Cuando empezó con este problema?

3. Estos problemas aveces afectan en diferentes areas de nuestras vidas. Porfavor marque las areas de los problemas que esten afectandole.

☐ Casa ☐ Escuela ☐ Trabajo ☐ Comunidad ☐ Relación en grupos

4. Acontinuación está una lista de areas problematicas comunmente experimentados por la gente. Porfavor marque las que son un problema para usted.

☐ Depresión ☐ Cambios cuando duerme ☐ Aumento/perdida de peso ☐ Poco apetito ☐ perdió interes en cosas/placeres ☐ Aislado ☐ Sin esperanzas ☐ Cambios en nivel de energia ☐ Sentirse sin fuerzas ☐ Bajo de auto-estima	☐ Ansiedad ☐ Ataques de Pánico ☐ Combulsiones ☐ Obsesiones ☐ Fobias ☐ Pesadillas por las noches ☐ Camina dormido ☐ Problemas en cituaciones sociales ☐ Orinarse en la cama ☐ Experiencias fuera del cuerpo	☐ Oír voces ☐ Ver cosas que No están ☐ Miedo de que alguien lo este siguiendo ☐ Capaz de leer el pensamiento a los demás ☐ Capaz de transmitir pensamientos a los demas por espacio ☐ Pierde noción del tiempo y se encuentra en cierto lugar sin saber como llegó ahí.
☐ Ideas de matar ☐ Pensamientos suicidas ☐ Causarse heridas	☐ Dificultad para consentrarse ☐ Problemas de impulsividad ☐ Hiperactividad	☐ Conflictos Maritales ☐ Pérdida de un ser querido ☐ Sentirse culpable ☐ Falta de empatía ☐ Mucha timidez ☐ Problemas de memoria ☐ Otros sintomas (Mencionelos):
☐ Problemas de enojo ☐ Cambios de Humor ☐ Tendencias Violentas ☐ Problemas con la Ley ☐ Sentirse perseguido	☐ Uso de Drogas/Alcohol ☐ Jugar Compulsivamente con el Bingo ☐ Tratamiento como internado psiquiatrico ☐ Tiene cuidado psiquiatrico	

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA QUESTIONARIO DEL CLIENTE	Nombre:
	Numero de Cliente:

5. Porfavor marque cualquier problema de salud que este experimentando.

☐ No Medical Condicion en General ☐ Alergias ☐ Anemia ☐ Condición arterial esclerótica ☐ Asma ☐ Efecto de Nacimiento ☐ Ciego/con discapacidad Visual ☐ Cancer ☐ Síndrome de túnel Carpiano ☐ Dolor cronico ☐ Cirrhosis ☐ Fibrosis quística ☐ Sordo/Discapacitado auditivos	☐ Diabetes ☐ Problemas digestivos ☐ Infección de oído ☐ Epilepsia/Convulsiones ☐ Problemas del Corazón ☐ Hepatitis ☐ Alto Colesterol ☐ Hipertensión ☐ Hipertiroidismo ☐ Infertilidad ☐ Migraña ☐ Esclerosis múltiple ☐ Distrofia Muscular	☐ Obesidad ☐ Osteoporosis ☐ Otro _____ ☐ Mal de Parkinson ☐ Disabilidad Fisica ☐ Psoriasis ☐ Enfermedad transmitida sexualmente ☐ Derrame cerebral ☐ Zumbido de oído ☐ Ulceras ☐ Desconocido/No reportado
---	--	--

6. Esta tomando medicamento en las ultimas 2 semanas? ☐ Si ☐ No

7. Porfavor liste todos los medicamentos que por alguna razón usted esta tomando:

Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia (por ejemplo, una tableta en a.m. y otra p.m.)

8. Porfavor liste si tiene alergias de cualquier cosa o Medicamento:

9. La investigación ha demostrado que el tratamiento de salud mental es más exitoso cuando los apoyos naturales están involucrados en el proceso de tratamiento. Los apoyos naturales son capaces de ayudar a alcanzar metas, brindar apoyo fuera de las sesiones de salud mental y continuar apoyandote aún cuando el tratamiento ha terminado. El terapeuta puede ayudarte a explorar las diferentes maneras en que una persona de apoyo puede ser incluida en tu tratamiento para que te sientas cómodo. **¿Quién es tu persona de apoyo identificada (significa otra persona, familiar, amigo, o miembro de la comunidad)?**

10. Que espera Usted de nosotros al venir aquí?

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA QUESTIONARIO DEL CLIENTE	Nombre:
	Numero de Cliente: