



## Client Mental Health Assessment Questionnaire

Date: \_\_\_\_\_

Counselor: \_\_\_\_\_

Client Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Have you in the past or do you currently experience any of the following? (Check all that apply)**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tension                  | <input type="checkbox"/> Hopelessness                                 | <input type="checkbox"/> Irritability                                      | <input type="checkbox"/> Intrusive Thoughts                |
| <input type="checkbox"/> Worry too much           | <input type="checkbox"/> Lack of Pleasure/Motivation                  | <input type="checkbox"/> Uncontrollable anger                              | <input type="checkbox"/> Impulsive behaviors               |
| <input type="checkbox"/> Trembling/Sweating       | <input type="checkbox"/> Suicidal thoughts (wanting to hurt yourself) | <input type="checkbox"/> Homicidal thoughts (wanting to hurt someone else) | <input type="checkbox"/> Restlessness                      |
| <input type="checkbox"/> Heart Racing             | <input type="checkbox"/> Not Eating                                   | <input type="checkbox"/> Sleeping Problems                                 | <input type="checkbox"/> High energy (keyed up/can't stop) |
| <input type="checkbox"/> Obsessive thoughts       | <input type="checkbox"/> Binge Eating                                 | <input type="checkbox"/> Nightmares or bad dreams                          | <input type="checkbox"/> Hyperactivity                     |
| <input type="checkbox"/> Lack of Concentration    | <input type="checkbox"/> Overeating                                   | <input type="checkbox"/> Flashbacks  | <input type="checkbox"/> Sexual concerns                   |
| <input type="checkbox"/> Fatigue (lack of energy) | <input type="checkbox"/> Purging                                      | <input type="checkbox"/> Hallucinations (hearing voices or seeing things)  | Other: _____   |
| <input type="checkbox"/> Forgetfulness            | <input type="checkbox"/> Substance Abuse                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Crying Spells            |   |  |  |

Check any areas being affected by the items marked above? (Check all that apply)  Emotionally  Mentally  Physically

Sexually  Socially  Marriage/Family  School  Work  Legally  Other: \_\_\_\_\_

**Have you experienced any of the following abuses? (Check all that apply)**

- Emotional  Mental  Physical  Sexual  Witnessed another being abused  Have abused others

If checked any items above answer the following: When did the abuse occur, for how long and who was the abuser?  
 \_\_\_\_\_

Place an "X" in the column that best fits for you for each statement.

I...	Often	Sometimes	Rarely
Communicate well with others.			
Get along well with authority figures.			
Get along well with my peers.			
Am able to set goals & work towards them.			
Get support from my family and/or friends.			
Am satisfied with my relationships.			
Understand how to be safe in my intimate relationships.			
Like myself, even when others reject me.			
Can laugh at myself.			
Am happy to be me.			
<b>In my current relationship...</b>	<b>Often</b>	<b>Sometimes</b>	<b>Rarely</b>
We argue and fight about everything.			
When we are together I feel like I am walking on eggshells.			
I feel responsible for our problems.			
Alcohol and/or drugs affect our relationship.			
I feel isolated and depressed.			
I feel controlled by my spouse/partner.			
<b>I have experienced or am currently experiencing...</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
Damage to personal relationships and/or have difficulties at work/school due to my anger.			
Legal issues (e.g. traffic tickets, history of arrests, probation, etc.).			
<b>I have or am currently...</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
Experiencing legal, financial, health, work, school, family, friendship or relationship problems because of my alcohol and/or drug use.			
Using alcohol or drugs to cope with life.			
Calling myself an alcoholic or addict.			
Being treated for substance abuse.			
Have a family history of substance abuse.			



## Cliente Cuestionario de Evaluación de Salud Mental

Fecha: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Si usted ha experimentado en el pasado, o actualmente experimenta alguno de los siguientes. (Marque todas las que apliquen)**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tensión                        | <input type="checkbox"/> Falta de Esperanza         | <input type="checkbox"/> Ira incontrolable                                 | <input type="checkbox"/> Comportamientos impulsivos            |
| <input type="checkbox"/> Preocuparse demasiado          | <input type="checkbox"/> Falta de placer/Motivación | <input type="checkbox"/> Pensamiento Homicidas (querer hacer daño a otros) | <input type="checkbox"/> Insomne                               |
| <input type="checkbox"/> Temblor/Transpiración          | <input type="checkbox"/> Suicida (hacer daño)       | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir                             | <input type="checkbox"/> Alta energía (sin poder estar quieto) |
| <input type="checkbox"/> Latidos acelerados del corazón | <input type="checkbox"/> No comer                   | <input type="checkbox"/> Pesadillas o malos sueños                         | <input type="checkbox"/> Hiperactivo                           |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos         | <input type="checkbox"/> Atracones                  | <input type="checkbox"/> Escenas retrospectivas                            | <input type="checkbox"/> Preocupaciones sexuales               |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración         | <input type="checkbox"/> Comer en Exceso            | <input type="checkbox"/> Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas)        | Otros: _____   |
| <input type="checkbox"/> Fatiga (falta de energía)      | <input type="checkbox"/> Purgarse                   | <input type="checkbox"/> Pensamientos intrusivos                           |  |
| <input type="checkbox"/> Olvido                         | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto            | <input type="checkbox"/> Irritabilidad              |  |  |

**Escoja las áreas afectadas por los artículos que marco arriba (Marque todas las que apliquen)**  Emocionalmente

- Mentalmente  Físicamente  Sexualmente  Socialmente  Matrimonio/Familia  Escuela  Trabajo  Problemas Legales  Otros: \_\_\_\_\_

**Ha experimentado con los siguientes abusos (Marque todo lo que aplica)**

- Emocionalmente  Mentalmente  Físicamente  Sexualmente  fue testigo de abuso ha otro  Ha abusado de los demás

Si marco una de las opciones anteriores responda lo siguiente: Cuando ocurrió el abuso, por cuanto tiempo y quien fue el Agresor?  
 \_\_\_\_\_

**Coloque un "X" en la columna que mejor se adapte a ti, por cada declaración.**

Yo...	A menudo	En veces	Rara vez
Comunicarse bien con los demás			
Se lleva bien con las figuras de autoridad			
Se lleva bien con sus compañeros.			
Soy capaz de establecer metas y trabajar para ellos			
Obtener el apoyo de mi familia y/o amigos			
Estoy satisfecho con mis relaciones			
Entiendo como estar a salvo en mis relaciones íntimas.			
Me gusta quien soy, aun cuando los demás me rechazan			
Puedo reírme de mi mismo.			
Se respetarme a mí mismo			
Soy feliz de ser yo			
En mi actual relación...	A menudo	En veces	Rara vez
Nosotros discutimos y peleamos por todo.			
Cuando estamos juntos me siento como si estuviera caminando en cascaras de huevo.			
Me siento responsable de nuestros problemas			
El alcohol y /o las drogas afectan nuestra relación.			
Me siento aislado y deprimido.			
Me siento controlado/a por mi cónyuge/pareja.			
Tengo experencia/he experimentado...		Yes	No
Daños en las relaciones personales y/o tengo dificultades en el trabajo/escuela por mi enojo.			
Problemas Legales (por ejemplo, multas de tráfico, encarcelamiento, libertad condicional etc.).			
Lo que tengo y/o actualmente estoy...		Yes	No
Tengo problemas legales jurídicos, financieros, de salud, trabajo, escuela, familiar, de Amistad, o problemas de relación a causa del alcohol y /o consumo de drogas.			
Uso alcohol y drogas para lidiar con mi vida			
Me he llamado a mismo alcohólico/ o adicto			
He recibido tratamiento para el abuso de substancias.			
Tengo un historial familiar de abuso de substancias.			