



**Colusa County Department of Behavioral Health
CLIENT QUESTIONNAIRE:**



PROBLEM AREAS:

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.

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Change in sleep <input type="checkbox"/> Weight loss/gain <input type="checkbox"/> Poor appetite <input type="checkbox"/> Loss of interest in things/pleasure <input type="checkbox"/> Isolation <input type="checkbox"/> Hopeless feelings <input type="checkbox"/> Change in energy level <input type="checkbox"/> Worthless feelings <input type="checkbox"/> Low Self-Worth |
| <input type="checkbox"/> Homocidal thoughts <input type="checkbox"/> Suicidal thoughts <input type="checkbox"/> Self-Injury |
| <input type="checkbox"/> Problems with anger <input type="checkbox"/> Mood swings <input type="checkbox"/> Violent tendencies <input type="checkbox"/> Trouble with the law <input type="checkbox"/> Being persecuted |
| <input type="checkbox"/> Inpatient psychiatric treatment <input type="checkbox"/> Outpatient psychiatric care |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Panic Attacks <input type="checkbox"/> Compulsions <input type="checkbox"/> Obsessions <input type="checkbox"/> Phobias <input type="checkbox"/> Night terrors/nightmares/flashbacks <input type="checkbox"/> Walking in sleep <input type="checkbox"/> Problems in social situations <input type="checkbox"/> Bedwetting <input type="checkbox"/> Out of body experience |
| <input type="checkbox"/> Poor concentration <input type="checkbox"/> Problems with impulsiveness <input type="checkbox"/> Hyperactivity |
| <input type="checkbox"/> Hearing voices <input type="checkbox"/> Seeing things that aren't there <input type="checkbox"/> Fear of being followed <input type="checkbox"/> Able to read people's minds <input type="checkbox"/> Able to send thoughts to others through space <input type="checkbox"/> Losing track of time; sometime finding yourself in a place and not knowing how you got there |

| | |
|---|-----------------------|
| COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH CLIENT QUESTIONNAIRE | Name: |
| | Client Number: |
| | Date of Birth: |
| | Date of Intake |

- Drug/Alcohol use
- Compulsive gambling

- Marital conflict
- Grieving significant loss
- Excessive guilt
- Lack of empathy
- Excessive shyness
- Memory problems
- Other symptoms (List):

4. 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

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

6. 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.) |
|------------|-----------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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



**Condado de Colusa Departamento de Salud Mental
Cuestionario del Cliente:**



AREAS PROBLEMATICAS:

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 afectandolo.

- 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.

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cambios cuando duerme <input type="checkbox"/> Aumento/perdida de peso <input type="checkbox"/> Poco apetito <input type="checkbox"/> perdió interes en cosas/placeres <input type="checkbox"/> Aislado <input type="checkbox"/> Sin esperanzas <input type="checkbox"/> Cambios en nivel de energia <input type="checkbox"/> Sentirse sin fuerzas <input type="checkbox"/> Bajo de auto-estima |
| <input type="checkbox"/> Ideas de matar <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Causarse heridas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de enojo <input type="checkbox"/> Cambios de Humor <input type="checkbox"/> Tendencias Violentas <input type="checkbox"/> Problemas con la Ley <input type="checkbox"/> Sentirse perseguido |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento como internado psiquiatrico <input type="checkbox"/> Tiene cuidado psiquiatrico |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Ataques de Pánico <input type="checkbox"/> Combulsiones <input type="checkbox"/> Obsesiones <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/> Pesadillas por las noches <input type="checkbox"/> Camina dormido <input type="checkbox"/> Problemas en situaciones sociales <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama <input type="checkbox"/> Experiencias fuera del cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para consentrarse <input type="checkbox"/> Problemas de impulsividad <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Oír voces <input type="checkbox"/> Ver cosas que No están <input type="checkbox"/> Miedo de que alguien lo este siguiendo <input type="checkbox"/> Capaz de leer el pensamiento a los demás <input type="checkbox"/> Capaz de transmitir pensamientos a los demas por espacio <input type="checkbox"/> Pierde noción del tiempo y se encuentra en cierto lugar sin saber como llegó ahí. |

| | |
|--|-----------------------|
| Condado de Colusa Departamento de Salud Mental Cuestionario del Cliente | Name: |
| | Client Number: |
| | Date of Birth: |
| | Date of Intake |

- Uso de Drogas/Alcohol
- Jugar Compulsivamente con el Bingo

- Conflictos Maritales
- Pérdida de un ser querido
- Sentirse culpable
- Falta de empatía
- Mucha timidez
- Problemas de memoria
- Otros síntomas (Mencionelos):

4. 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 Parkinsón
- Discapacidad Fisica
- Psoriasis
- Enfermedad transmitida sexualmente
- Derrame cerebral
- Zumbido de oído
- Ulceras
- Desconocido/No reportado

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

6. 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.) |
|-------------|------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

8. Que espera Usted de nosotros al venir aquí?
