

Thông Tin Cá Nhân Được Bảo Mật

Ngày _____

Họ và Tên _____ Ngày Sinh _____ Tuổi _____ Giới Tính _____ EWU ID# _____

Điện thoại liên lạc _____ Có thể để lại tin nhắn? _____ số điện thoại khác _____
Để lại tin nhắn?: _____

Địa chỉ email _____ Được phép liên lạc bằng email? _____

Địa chỉ thường trú _____

Ai giới thiệu bạn tới CAPS _____ Bạn đang học năm học thứ mấy? _____

Chuyên ngành của bạn đang học _____ điểm trung bình GPA hiện tại _____

Bạn có chủ yếu tham gia các lớp học ở Riverpoint? _____ Đã từng tới CAPS chưa? _____

Dân tộc _____ Sinh viên nước ngoài? _____ Đất nước xuất xứ? _____

Bạn đang ở loại căn hộ nào(khoanh tròn): EWU Kí túc xá / Nhà thuê ở Cheney / Nhà thuê ở Spokane

Bạn là thế hệ đầu tiên trong gia đình học đại học? Đúng / Sai bạn chuyển từ trường khác sang EWU? Đúng / Sai

Bạn đã từng phục vụ trong quân đội Mỹ chưa? Có / Không Có tham gia đội thể thao của EWU? Có / Không

Vui lòng đánh dấu những ô trọng tâm trong thời gian này (có thể đánh dấu nhiều hơn một):

- Quan tâm về học tập (kĩ năng học, mối lo lắng trước kì kiểm tra)
- Nghề nghiệp/Học nghề
- Những điều chỉnh với Đại học hiện tại
- Lo lắng/ căng thẳng
- Trầm cảm
- Tâm trạng thay đổi nghiêm trọng
- Tự gây sát thương bản thân
- Suy nghĩ tự sát
- Cố gắng tự sát
- Tự tin bản thân
- Cô đơn/ cô lập
- Quan tâm về những mối quan hệ
- Vấn đề gia đình
- Trẻ vị thành niên có bố mẹ là người nghiện sử dụng chất cồn
- Lạm dụng trẻ em
- Cái chết/ chờ đợi cái chết
- Đau buồn/ mất mát
- Tổn thương về sự việc xảy ra trong quá khứ
- Hiếp dâm/ tấn công tình dục/ ép quan hệ tình dục không mong muốn
- Tự hiểu biết
- Hiểu biết về tình dục
- Sử dụng thuốc/ chất cồn
- Quan tâm về hình thể/dáng vẻ bên ngoài
- Cách ăn uống ứng xử/ quan tâm về cân nặng

- Vấn đề liên quan đến giấc ngủ
- Phân biệt đối xử do dân tộc, giới tính hay định hướng tình dục
- Khác: _____

* Nếu bạn có một quan tâm đến nhóm tư vấn, xin vui lòng đánh dấu bất kỳ nhóm quan tâm dưới đây (có thể đánh dấu nhiều hơn một): Xin lưu ý rằng chúng tôi có thể không liệt kê được tất cả các nhóm tại thời điểm này.)

- Nhóm giới tính thứ 3 (người đồng giới,
- Giảm căng thẳng
- Xây dựng tình đoàn kết
- Lí trí lẫn át cảm xúc (cảm xúc nhạy cảm, dễ nóng nảy, dễ mất bình tĩnh...)
- Mất mát và những trường thành cá nhân
- Mối quan hệ lành mạnh
- Điều trị sự nhận thức
- Nuôi dạy con cái theo chiều hướng tính cực
- Có chí tiến thủ
- Căng thẳng trước kì kiểm tra
- Sống với hội chứng Asperger
- Cơ thể khỏe mạnh
- Vấn đề gia đình
- Khác: _____

Vui lòng tóm tắt lý do bạn đến với Trung tâm tư vấn tâm lý.

Hoàn cảnh gia đình:

Bố mẹ ly dị, bị bệnh hoặc không sống cùng gia đình _____

Giới tính và tuổi của anh/chị/em (nếu không muốn có thể điền N/A) _____

Tôn giáo: _____

Bạn có lớn lên trong gia đình xen kẽ như bố/ mẹ dượng và anh/chị/em dượng (khoanh tròn): Có Không

Nếu có, hãy trình bày ngắn gọn bạn ở với ai: _____

Từng trải qua sự chấn thương, bao gồm cả lạm dụng về tình cảm, thể chất hoặc ngược đãi tình dục hoặc sự mất mát người thân: Có Không

(nếu có xin trình bày ngắn gọn hoặc thảo luận với người tư vấn): _____

Lịch sử về y tế

Có dấu hiệu bệnh tật, chấn thương hoặc phẫu thuật? _____

Hiện tại có đang điều trị từ bác sĩ không: Có Không

Nếu có, cho biết tên bác sĩ và chuẩn đoán bệnh: _____

Liệt kê bất kì loại thuốc được chỉ định từ bác sĩ mà bạn đang dùng _____

Bạn có bảo hiểm y tế? Có Không

Nếu có, đây là bảo hiểm của cá nhân, hay bảo hiểm gia đình, liệt kê tên bảo hiểm _____

Hoàn cảnh sức khỏe tâm lý

Đã từng làm việc với tư vấn viên hay bác sĩ tâm lý trước đây? Có Không

Tên của người điều trị và lý do điều trị: _____

Bạn có đang dùng thuốc để điều trị tâm lý? Có Không

Bạn có bao giờ phải điều trị tâm lý tại bệnh viện? Có Không

Bạn đã bao giờ có ý nghĩ muốn thử tự sát? Có Không

Lịch sử sử dụng thuốc và chất cồn?

Bạn có sử dụng chất cồn hay bất kì chất/thuốc gây nghiện?: Có Không

Nếu có, nêu tên và liều lượng sử dụng(hàng ngày, hàng tuần...): _____

Đã từng có ý muốn giảm sử dụng chất cồn hay chất gây nghiện? Có Không

Bạn có lịch sử về điều trị vấn đề ma túy và chất gây nghiện? Có Không

Bất kỳ khó khăn với các hành vi gây nghiện khác (ví dụ, cờ bạc, tình dục, vv)? Có Không

Nếu có, trình bày hoặc thảo luận với người tư vấn _____

Các lĩnh vực khác:

Tôn giáo?) _____

Vai trò tôn giáo trong cuộc sống của bạn(khoanh tròn)?:

Very Important Important Neutral Unimportant Very Unimportant

Tình trạng quan hệ? Độc thân Đính hôn Kết hôn Phân chia Li dị Góa phụ

Giới tính: Giới tính thẳng / Đồng giới nữ / Đồng giới nam / Hai giới(cả nam và nữ) / Không rõ / Không muốn trả lời

Bạn đang sống cùng ai? _____

Nếu có con, giới tính và tuổi của con bạn hoặc N/A (không muốn trả lời) _____

Lượng thời gian bạn làm việc trong 1 tuần trong thời gian học? _____

Lượng thời gian bạn dành cho các hoạt động ngoại khóa mỗi tuần? _____

Nêu ý kiến của bạn về những câu nói sau (khoanh tròn):

“Tôi nhận sự giúp đỡ và hỗ trợ về tình cảm từ gia đình”

Rất không đồng ý Một phần không đồng ý Một nửa đồng ý-một nửa không Một phần đồng ý Rất đồng ý

“Tôi nhận sự giúp đỡ và hỗ trợ về tình cảm từ các mối quan hệ xã hội (bạn bè, người quen...)”

Rất không đồng ý Một phần không đồng ý Một nửa đồng ý-một nửa không Một phần đồng ý Rất đồng ý

Bạn có cảm thấy được gắn kết với những người khác trong khuôn viên trường, trong khu vực học tập của bạn:

Có Không

Nêu tên câu lạc bộ, nhóm trong trường mà bạn đang tham gia hoặc mong muốn tham gia... _____

Bạn xử lý căng thẳng trong cuộc sống như nào? (tập thể dục, thiền, yoga...) _____

Cảm ơn đã hoàn thành bài kiểm tra của chúng tôi. Thông tin mà bạn cung cấp sẽ giúp chúng tôi phục vụ bạn một cách tốt nhất.