



## Información del nuevo cliente

Recomendado por: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. Información del cliente

#### I. Información del cliente

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Celular del cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Guardian #1: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular de tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Guardian #2: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

correo electrónico (otro) \_\_\_\_\_

Otro #3: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

correo electrónico (otro) \_\_\_\_\_

¿Le gustaría ser agregado a nuestra lista de boletines?: si / no

¿Le interesaría completar una encuesta sobre su experiencia con la terapia? Sí / No

*En caso de emergencia, por favor notifique:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Complete esta sección para otras personas que residen en la casa del cliente:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el cliente	Sexo

### II. Situación ocupacional/educativa

Cliente actualmente empleado? Sí/No tiempo completo/tiempo parcial: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Cónyuge actualmente empleado? Sí/No de tiempo completo/tiempo parcial: Ocupación \_\_\_\_\_

Para menor: ¿Padre actualmente empleado? Sí/No En caso afirmativo, Ocupación de tiempo completo/tiempo parcial: \_\_\_\_\_

Para menor: ¿Madre trabaja actualmente? Sí/No En caso afirmativo, Ocupación de tiempo completo/tiempo parcial: \_\_\_\_\_

Si los tutores no están empleados, marque cualquiera de los siguientes: Jubilado Desempleado Discapacidad Estudiante

### III. tercero Estado de salud del cliente

Problemas médicos actuales o crónicos: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### IV. Historial de medicamentos del cliente

¿Ha tomado medicamentos anteriormente para problemas emocionales o de abuso de sustancias?

SÍ\_\_\_ NO\_\_\_

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Dosis (mg):

Dosis (mg):

Dosis (mg):

Frecuencia:

Frecuencia:

Frecuencia:

¿Actualmente está tomando algún medicamento para problemas emocionales o de abuso de sustancias?

SÍ\_\_\_ NO\_\_\_

Nombre:

Nombre:

Nombre:

Dosis (mg):

Dosis (mg):

Dosis (mg):

Frecuencia:

Frecuencia:

Frecuencia:

Otros medicamentos: \_\_\_\_\_

Médico que receta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### V. Historial de salud mental del cliente

¿Ha tenido servicios previos relacionados con la salud mental? SÍ NO\_\_\_

	Terapeuta/Centro	Fecha	Duración	Resultado
<b>Terapia Previa</b>	1)	1)	1)	1)
	2)	2)	2)	2)
	3)	3)	3)	3)
<b>Hospitalización(es) previa(s)</b>	1)	1)	1)	1)
	2)	2)	2)	2)
	3)	3)	3)	3)

### VI. Categoría del problema (marque todo lo que corresponda):

Salud emocional

Asuntos familiares

Relacionados con el trabajo

Financiero

Uso/abuso de sustancias

Trastorno alimentario Niños

Legal

Suicidio Riesgo

Abuso/Violencia Problemas

maritales/relaciones

relacionados

con la salud Problemas

entre padres e hijos

Otro: \_\_\_\_\_

### VII. Historia familiar

Describa cualquier problema o diagnóstico de salud conductual de la familia.

---

---

---

## VIII.

### ¿Qué tan bien diría que su hijo(s) se comporta(n) con respecto a:

parda nada  
O orpudenta

Muy bien  
O genial

- ¿Te escucha en 1 o 2 solicitudes? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Ir a la cama por la noche? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Berrinche? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Obtener buenas calificaciones en la escuela? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Comportamiento en la escuela? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- hablar de nuevo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Utiliza lenguaje obsceno? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Luchando con hermanas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- llevarse bien con otros niños 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Modales? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### para mamá y papa:

- Como padres, ¿están de acuerdo en disciplinar a sus hijos?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Cree que la cantidad de trabajo en el hogar se divide de manera justa?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ¿Discutas sobre tus hijas?  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### **¿Hay algo más que debemos saber sobre usted o su familia para brindarle un mejor servicio?**

---

---

---

## IX. Antecedentes del cliente

La siguiente información es opcional pero nos ayudará a brindarle un mejor servicio.

Etnicidad

<b>Indio Americano/Nativo de Alaska</b> Biracial asiático o isleño del Pacífico afroamericano/negro multirracial Hispano/Latino/a _____	<b>Máximo Nivel de Educación de primariaTutor</b> Sin título de asociado de escuela secundaria Algo de bachillerato Diploma de Bachillerato Maestría Doctorado Escuela Técnica Graduado en:
--	--

<b>Estado civil de los padres</b> Viviendo Juntos/No Casados Separados Casado Divorciado Orientación sexual viuda	<b>sexual viuda</b> heterosexual transexual Gay/Lesbiana No estoy seguro/cuestionando Bisexuales _____
<b>Afiliación religiosa/espiritual:</b>	

*Revisado 8-29-22*