

INFORMACION DEL CLIENTE

Fecha _____

Nombre _____

Domicilio _____ No. de Apartamento: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ teléfono del trabajo _____

Seguro Social # _____ Horario de trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Afiliación Religiosa _____

Educación _____ Estado Civil (casado/soltero etc.) _____

Empleador _____ Ocupación _____

Favor de hacer una lista de la familia y cualquier otra persona que viva en el hogar:

Nombre	Edad/Fecha de nacimiento	Relación	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Quién lo/los refirió a esta oficina? _____

Brevemente describa la razón por la que busca consejería _____

¿Ha recibido usted/ustedes servicios de consejería anteriormente? _____ Si su respuesta es si, ¿Cuál fue el propósito y por cuanto tiempo recibió consejería? _____

Fecha de el último examen médico o visto por un doctor _____
Condiciones actuales de salud _____
Medicamentos en la actualidad _____
Contacto en caso de emergencia _____ teléfono _____
Relación _____

De la siguiente lista favor de circular todo lo que actualmente le/les preocupa:

Nerviosismo	Depresión	Miedos
Timidez	Problemas sexuales	Finanzas
Separación	pensamientos suicidas	Amigos
Uso de Drogas	Divorcio	Desdicha
Coraje	Uso de Alcohol	Sueño
Estres	auto control	Trabajo
Relajamiento	Dolores de cabeza	Cansancio
Asuntos legales	Memoria	Ambición
Energia	Toma de decisiones	Insomnio
Soledad	Carrera	Problemas de Salud
Educación	Inferioridad	Concentración
Desesperanza	Temperamento	Problemas para defecar
Niños	Apetito	Mis pensamientos
Problemas de estómago	Sin recursos/sin ayuda	Matrimonio
Pesadillas	Ser padre	Tristeza
Otro	_____	_____

Gracias por completar este cuestionario.

Firma del cliente