

Universidad Luterana de California Servicios de Consejería Comunitaria (CCS)

Hoja de Información de Niño(a)/Adolescente

**ESTA PARTE SERA COMPLETADA POR GUARDIAN (ES)/ PADRE (S)**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)/adolescente \_\_\_\_\_

**Podemos dejar mensaje de voz:**

Teléfono del hogar ( ) \_\_\_\_\_  Si  No

Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_  Si  No

Otro teléfono ( ) \_\_\_\_\_  Si  No

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Podemos mandar correo:  Si  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad y País de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grado actual en la escuela (Si es verano, escriba el grado que el/la niño(a) comenzara en septiembre): \_\_\_\_\_

¿Recibe su hijo servicios de educación especial en la escuela?  Sí  No

Si sí, por favor marque lo que llevó a elegibilidad de servicios:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva          | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden de atención          | <input type="checkbox"/> Discapacidad de motor       |
| <input type="checkbox"/> Espectro del autismo          | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual         |
| <input type="checkbox"/> Condición de la salud crónica | <input type="checkbox"/> No mencionado,              |
| <input type="checkbox"/> Dificultad emocional          | especifique _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual      |  |

¿Su hijo actualmente toma cualquier medicamento recetado?  Sí  No

Si es así, por favor indique el nombre del/los medicamento(s) y dosis:

---



---

**INFORMACION ACTUAL DE LA FAMILIA:**

¿Con quién vive el/la niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Hay órdenes de custodia de menores? \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de los hermanos(as) del/ la Niño(a) / Adolescente (indique si son hermanastros):

Nombre:	Edad:	Escuela u Ocupación:	Grado	¿Vive en casa?
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No

Otros que viven en el hogar (y su relación):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Demografía de niño(a)/adolescente**

**1. Condado**

- Condado de Los Ángeles
- Condado de Ventura
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**2. Sexo:**

- Masculino
- Femenino
- Intersexual

**3. Identidad de género:**

- Masculino
- Femenino
- Mujer a Hombre/  
transgénero-masculino/  
hombre trans
- Hombre a mujer/  
transgénero- femenino /  
mujer trans
- Genderqueer
- Género no conforme
- Cuestionando
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**4. ¿Cómo quiere su  
niño(a) ser  
mencionado/a  
(Pronombres)?**

- él
- ella
- ellos
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**5. Orientación sexual:**

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)

- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- Desconocida
- No incluida, especifique:  
\_\_\_\_\_

**6. Raza / Etnicidad:**

- India Americana/ Nativo  
Americana/ Nativa de  
Alaska
- Asiática / Asiática  
Americana
- Negra / Africana  
Americana
- Latino(a) / Patrimonio  
español
- Mediooriental/  
Norteafricano
- Multirracial,  
Especifique: \_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái / Otro  
isleño Pacífico
- Blanca / Descendencia  
europea
- No incluida, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**7. Afiliación religiosa:**

- Agnóstica
- Ateísta
- Budista
- Católica
- Cristiana
- Hindú
- Testigo de Jehová
- Judía

- Mormón
- Musulmán
- Desconocida
- No incluida, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**8. Quién lo/la refirió a CCS  
(Marque todos los que  
apliquen)**

- Yo mismo(a)
- Amigo(a)
- Miembro de la familia
- Sistema de la corte
- Agencia (e.g., Servicios  
Sociales, Interface),  
Especifique:  
\_\_\_\_\_
- Consultorio de un  
médico o un terapeuta,  
Especifique:  
\_\_\_\_\_
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**9. Cómo aprendió usted sobre  
CCS?**

- Presentación
- Folletos / Panfletos
- Sitio web
- Medios de  
comunicación social
- Referencia Directa (e.g.,  
persona, agencia),  
Especifique:  
\_\_\_\_\_
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**10. Actividades extracurriculares /  
Trabajo a tiempo parcial**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**11. Ingreso anual del hogar antes de impuestos (bruto):**

- Menos de \$16,999
- \$17,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$99,999
- \$100,000 o mas

**Marque los que mejor describan por qué está buscando consejería para su hijo(a):**

- Dificultades académicas
- Ansiedad
- Bullying / Discriminación / Acoso
- Problemas crónicos de salud / Problemas de manejo de dolor
- Depresión / Tristeza
- Consumo / abuso de drogas o alcohol
- Problemas de empleo
- Problemas financieros
- Preocupaciones de identidad de género
- Duelo
- Pensamientos o Comportamiento Homicidas
- Pareja Intima / Violencia Domestica
- Problemas legales
- Cambios de humor
- Dificultades con crianza de sus hijos
- Problemas de relación
- Preocupaciones de orientación sexual
- No incluido, especifique: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

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

Número de teléfono (incluyendo el código de área): \_\_\_\_\_

**Padre o Madre/Guardián 1:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Relación con el/la menor:  Padre/Madre biológico(a)  Padrastro/Madrastra  Padre Adoptivo

Pariente  Otro, por favor liste \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la dirección del menor): \_\_\_\_\_ Podemos mandar correo:  Yes  No

**1. Condado**

- Condado de Los Ángeles
- Condado de Ventura
- No incluido, Especifique: \_\_\_\_\_

**2. Estado civil:**

- Soltero(a)
- Casado(a)/ Unión civil
- Divorciado(a)/ Separado(a)
- Viudo(a)

**3. Sexo:**

- Masculino
- Femenino
- Intersexual

**4. Identidad de género:**

- Masculino
- Femenino
- Mujer a Hombre/  
transgénero-masculino/  
hombre trans
- Hombre a mujer/  
transgénero- femenino /  
mujer trans
- Genderqueer
- Género no conforme
- Cuestionando
- No incluido, Especifique: \_\_\_\_\_

**5. ¿Cómo desea ser mencionado/a (pronombres)?**

- él
- ella
- ellos
- No incluido, Especifique: \_\_\_\_\_

**6. Orientación sexual:**

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- No indicada, Especifique: \_\_\_\_\_

**7. Orientación sexual:**

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- No indicada, Especifique: \_\_\_\_\_

**8. Raza / Etnicidad:**

- India Americana/ Nativo Americana/ Nativa de Alaska
- Asiática/Asiática Americana
- Negra/ Africana Americana
- Latino(a)/Patrimonio español
- Mediooriental/ Norteafricano
- Multirracial, Especifique: \_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái / Otro isleño Pacífico
- Blanca/Descendencia europea
- No indicada, Especifique: \_\_\_\_\_

**9. Afiliación religiosa:**

- Agnóstica
- Agnóstica
- Ateísta
- Budista
- Católica
- Cristiana
- Hindú
- Testigo de Jehová
- Judía
- Mormón
- Musulmán
- No mencionado, Especifique: \_\_\_\_\_

**10. Quién lo/la refirió a CCS (Marque todos los que correspondan)**

- Yo mismo/a
- Amigo/a
- Miembro de la familia
- Sistema de la corte
- Agencia (e.g., Servicios Sociales, Interface), Especifique: \_\_\_\_\_
- Consultorio de un médico o un terapeuta, Especifique: \_\_\_\_\_

**11. ¿Cómo aprendió usted sobre CCS?**

- Presentación
- Folletos / Panfletos
- Sitio web
- Medios de comunicación social
- Referencia Directa (e.g., persona, agencia), Especifique: \_\_\_\_\_
- No mencionado, Especifique: \_\_\_\_\_

**12. Mayor nivel de educación:**

- Un poco de educación completada
- Graduado(a) de la escuela secundaria/GED
- Título asociado
- Licenciatura
- Título de maestría
- Título profesional/vocacional
- Doctorado

**12. Estado de empleo:**

- Empleado/a ; autónomo(a)
- Desempleado/a, buscando trabajo
- Desempleado/a, por el momento no estoy buscando trabajo
- Estudiante de tiempo completo
- Estudiante de medio tiempo
- Jubilado(a)

**Si tiene empleo:**

- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Horas por semana \_\_\_\_\_

**13. Discapacidad (cognitiva, física, sensorial):**

- Si  No

**En caso de discapacidad, por favor especifique:**

\_\_\_\_\_

**14. Por favor marque todo lo que aplique**

- Primera generación estudiante de colegio
- Aplicación de la Ley/ Fuerzas Policiales
- Departamento de Bomberos
- Paramédico/ Técnico de Emergencias Médicas (EMT)
- Servicio Activo o Reservas (e.g., militares)
- Veterano(a)

**15. Ingreso anual del hogar antes de impuestos (bruto):**

- Menos de \$16,999
- \$17,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$99,999
- \$100,000+

**Padre o Madre/Guardián 2:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Relación con el/la menor:  Padre/Madre biológico(a)  Padrastro/Madrastra  Padre Adoptivo

Pariente  Otro, por favor liste \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la dirección del menor): \_\_\_\_\_ Podemos mandar correo:  Yes  No

**1. Condado**

- Condado de Los Ángeles
- Condado de Ventura
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**2. Estado civil:**

- Soltero(a)
- Casado(a)/ Unión civil
- Divorciado(a)/ Separado(a)
- Viudo(a)

**3. Sexo:**

- Masculino
- Femenino
- Intersexual

**4. Identidad de género:**

- Masculino
- Femenino
- Mujer a Hombre/  
transgénero-masculino/  
hombre trans
- Hombre a mujer/  
transgénero- femenino /  
mujer trans
- Genderqueer
- Género no conforme
- Cuestionando
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**5. ¿Cómo desea ser mencionado/a (pronombres)?**

- él
- ella
- ellos
- No incluido, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**6. Orientación sexual:**

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- No indicada, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**7. Raza / Etnicidad:**

- India Americana/ Nativo  
Americana/ Nativa de Alaska
- Asiática/Asiática Americana
- Negra/ Africana Americana
- Latino(a)/Patrimonio español
- Mediooriental/ Norteafricano
- Multirracial, Especifique:  
\_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái / Otro isleño  
Pacífico
- Blanca/Descendencia europea
- No indicada, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**8. Afiliación religiosa:**

- Agnóstica
- Agnóstica
- Ateísta
- Budista
- Católica
- Cristiana
- Hindú
- Testigo de Jehová
- Judía
- Mormón
- Musulmán
- No mencionado, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**9. Quién lo/la refirió a CCS (Marque todos los que correspondan)**

- Yo mismo/a
- Amigo/a
- Miembro de la familia
- Sistema de la corte
- Agencia (e.g., Servicios Sociales, Interface), Especifique:  
\_\_\_\_\_
- Consultorio de un médico o un  
terapeuta, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**10. ¿Cómo aprendió usted sobre CCS?**

- Presentación
- Folletos / Panfletos
- Sitio web
- Medios de comunicación  
social
- Referencia Directa (e.g.,  
persona, agencia),  
Especifique:  
\_\_\_\_\_
- No mencionado  
Especifique:  
\_\_\_\_\_

**11. Mayor nivel de educación:**

- Un poco de educación  
completada
- Graduado(a) de la escuela  
secundaria/GED
- Título asociado
- Licenciatura
- Título de maestría
- Título profesional/vocacional
- Doctorado

**12. Mayor nivel de educación:**

- Un poco de educación completada
- Graduado(a) de la escuela secundaria/GED
- Título asociado
- Licenciatura
- Título de maestría
- Título profesional/vocacional
- Doctorado

**13. Estado de empleo:**

- Empleado/a ; autónomo(a)
- Desempleado/a, buscando trabajo
- Desempleado/a, por el momento no estoy buscando trabajo
- Estudiante de tiempo completo
- Estudiante de medio tiempo
- Jubilado(a)

**Si tiene empleo:**

- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Horas por semana \_\_\_\_\_

**14. Discapacidad (cognitiva, física, sensorial):**

- Sí                       No

**En caso de discapacidad, por favor especifique:**

\_\_\_\_\_

**15. Por favor marque todo lo que aplique**

- Primera generación estudiante de colegio
- Aplicación de la Ley/ Fuerzas Policiales
- Departamento de Bomberos
- Paramédico/ Técnico de Emergencias Médicas (EMT)
- Servicio Activo o Reservas (e.g., militares)
- Veterano(a)

**16. Ingreso anual del hogar antes de impuestos (bruto):**

- Menos de \$16,999
- \$17,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$99,999
- \$100,000+



