



COMMUNITY COUNSELING SERVICES

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sex: M F

Número telefónico: casa: () _____ celular: () _____

¿Se puede dejar mensaje en casa? Si No ¿Se puede dejar mensaje en el celular? Si No

Contacto de emergencia: (Persona a quien se pueda llamar en caso de emergencia)

Nombre: _____ Teléfono () _____

Lugar de empleo: _____

Ocupación: _____

Raza/Etnicidad: Blanco

Negro/Afroamericano

Asiático

Nativo Americano

Latino/origen Hispano

Nativo de Hawái u otra isla del Pacifico

Multirracial

Mexicano/Mexicano Americano

Otro: _____

Qué idioma habla en su casa:

Indique su nivel de educación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Escuela elemental | <input type="checkbox"/> College |
| <input type="checkbox"/> Escuela media | <input type="checkbox"/> Universidad |
| <input type="checkbox"/> Escuela superior | <input type="checkbox"/> Post grado |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Escuela técnica |

Indique su estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Viudo(a) Separado(a) Unión libre

¿Tiene hijos?: Si No

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
_____	_____	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino

¿Está experimentando actualmente algunos de los siguientes? (marque todo lo que aplique)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tristesa | <input type="checkbox"/> Mal trato físico |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Abuso sexual |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Baja energía/fatiga |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Pensamientos o comportamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Abuso/ uso de drogas | <input type="checkbox"/> Problemas médicos |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Problemas de empleo |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Problemas financieros |
| <input type="checkbox"/> Enojo/irritabilidad | <input type="checkbox"/> Problemas legales |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Pena/pérdida |
| <input type="checkbox"/> Problemas de relación | |

¿Cuál de los siguientes es lo que ve como sus propias fortalezas personales? (marque todo lo que aplique)

- Creativo/a
- Curioso/a
- Mente abierta
- Me encanta aprender
- Tengo sentido de perspectiva que ofrezco a los demás
- Auténtico/a
- Valiente
- Puedo ser persistente cuando quiero algo
- Acerca de la vida con entusiasmo y energía
- Amable
- Valoro de amor y relaciones con los demás
- Consiente de cómo otros se sienten
- Justo/a
- Tengo buenas habilidades de liderazgo
- Funciono bien con otros
- Puedo perdonar a los demás
- Modesto/a
- Puedo hacer opciones con cuidado y pensativamente
- Puedo regular mis propios sentimientos
- Aprecio las cosas bellas
- Agradecido/a
- Tengo esperanza
- Tengo un buen sentido del humor
- Tengo un significado religioso o espiritual en mi vida

