



Ventura Community Counseling

build a healthy relationship with the heart and mind

Formulario de Entrada

Bienvenido a Ventura Community Counseling. Por favor, complete ambos lados de este formulario para ayudarnos a empezar a trabajar juntos. Toda la información que Ud. revele aquí es confidencial; jamás será compartida sin su permiso escrito. Gracias. **Por favor use letras molde.**

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE HOY
DIRECCION DE DOMICILIO:		CUIDAD	ESTADO
CODIGO POSTAL			
TELÉFONO DE CASA () _____	TELÉFONO CELLULAR () _____		
¿Podemos dejar un mensaje de voz en los números anteriores? [SI] / [NO] (un circulo)			
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:	
NOMBRE DE SU EMPLEADOR:			
DIRECCION DE TRABAJO:	CUIDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELÉFONO DE TRABAJO: () _____		EXT. _____	
PROFESION U OCUPACIÓN:		REFERIDO POR:	
¿SU MEDICO O SIQUIATRA LO/A REFIRIO A USTED? SÍ __ NO __			
DIRECCION DE SU MEDICO:		NUMERO DE TELÉFONO: () _____	

SUS PADRES: VIVE SU MADRE?: SÍ __ NO __	VIVE SU PADRE?: SÍ __ NO __
NOMBRE:	NOMBRE:
PROFESION U OCUPACIÓN:	PROFESION U OCUPACIÓN:
EDAD:	EDAD:
SI ES DIFUNTA, EN QUE ANO?	SI ES DIFUNTA, EN QUE ANO?

SU FAMILIA: <u>HERMANAS</u>		<u>HERMANOS:</u>	
NOMBRES:	EDADES:	NOMBRES:	EDADES:

MARQUE UNO: SOLTERO/A ___ CASADO/A ___ UNION LIBRE ___ SEPARADO/A ___ DIVORCIADO/A ___
CASADO/A DE NUEVO ___

NOMBRE DE ESPOSO/DE LA ESPOSA: _____ EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

EMPLEADOR DE SU ESPOSO/A:
TELÉFONO DEL TRABAJO DE SU ESPOSO/A:
DIRECCION DEL TRABAJO DE SU ESPOSO/A:
¿VIVA LA MADRE DE SU ESPOSO/A: SÍ ___ NO ___ EDAD: _____ NOMBRE: _____
¿VIVA EL PADRE DE SU ESPOSO/A: SÍ ___ NO ___ EDAD: _____ NOMBRE: _____

FAMILIA DE SUE ESPOSO/A:
HERMANAS
NOMBRES: _____ EDADES: _____ HERMANOS:
NOMBRES: _____ EDADES: _____

<u>NOMBRES DE LOS HIJOS:</u>	<u>EDAD</u>	<u>DE MIESPOSO/A</u>	<u>HIJOS NUESTROS</u>	<u>ADOPTADOS</u>	<u>¿DÓNDE VIVEN?</u>
1.					
2.					
3.					

<u>OTRAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED</u>	<u>RELACIÓN</u>
1.	
2.	
3.	

¿HA PARTICIPADO USTED ANTES EN TRATAMIENTO TERAPEUTICO? SÍ ___ NO ___
¿DÓNDE?
¿CUANDO?
¿CON QUIEN?

¿ES USTED ESTUDIANTE AHORA? SÍ ___ NO ___
¿ULTIMO GRADO COMPLETADO?
¿DIPLOMA?

¿EN CASO DE EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS CONTACTAR?

<u>RELACIÓN</u>	<u>TELÉFONO DE DÍA</u>	<u>TELÉFONO DE NOCHE</u>

CONDICIONES MÉDICAS:

MEDICAMENTOS QUE UD. TOMA DIARIAMENTE:

HA USTED O ALGUIEN DE SU FAMILIA TENIDO PROBLEMAS CON...
¿ALCOHOLISMO?
¿DROGAS?

¿EL JUEGO?
¿ADICCIÓN AL SEXO?
¿DESORDEN ALIMENTICIO?
¿IDEACIÓN SUICIDA?
Favor de explicar:

¿HA SIDO USTED ARRESTADO?
Favor de explicar:

¿ ESTÁ USTED ACTUALMENTE O HA TENIDO SIEMPRE PENSAMIENTOS SUICIDALES?

¿Cuáles son sus preocupaciones o problemas actuales?

Yo comprendo que *Ventura Community Counseling* requiere que las citas se cancelen por lo menos 24 horas antes, o hay que pagar la cuota completo por la cita.

FIRMA:

FECHA: