

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Edad del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Nombre del padre/madre/tutor legal (Si es menor de 18 años de edad): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador (Adulto): \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela/grado (Niño): \_\_\_\_\_

 ¿Cuál es la mejor forma para localizarlo?  Teléfono de casa  Teléfono de trabajo  Teléfono celular

 ¿Es seguro dejar un mensaje de voz de parte de un miembro del personal de Aurora Family Service?  Sí  No

¿Cuál es la mejor hora del día para localizarlo?

 Temprano en la mañana  Al medio día  Temprano en la tarde  Al final de la tarde  Temprano en la noche

Nombre de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación del contacto en caso de emergencia con el cliente: \_\_\_\_\_

Indique los miembros de la familia adicionales que viven en el grupo familiar:

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación con el cliente</u>

### Información del seguro

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ ID de suscriptor del cliente: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social del suscriptor: \_\_\_\_\_

### **Encuesta confidencial para United Way**

La Clínica de Asesoramiento Familiar (Family Counseling Clinic) cuenta con el apoyo de United Way de Greater Milwaukee y Aurora Health Care. Para fines de elaboración de informes y para comprender completamente las necesidades de la comunidad de Milwaukee, complete  *toda*  la información a continuación referente a usted (o si el cliente es un niño o adolescente esto es en referencia al padre, madre o tutor legal).

#### **Sus respuestas se mantendrán confidenciales.**

<p>¿Cuál es el sexo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero</p> <p>¿Cuál es el origen étnico? <input type="checkbox"/> Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco (no hispano) <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Multirracial</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿Está actualmente sin hogar o viviendo en un centro de vivienda transitoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Es usted un veterano de guerra de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Empleado (tiempo completo (Full time, FT)) <input type="checkbox"/> Empleado (tiempo parcial (Part time, PT))</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado (temporal) <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿Cuáles son los ingresos mensuales del <b>grupo familiar</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> \$0-\$833 <input type="checkbox"/> \$834-\$1,249 <input type="checkbox"/> \$1,250-\$ 2,083 <input type="checkbox"/> \$2,084-\$3,083</p> <p><input type="checkbox"/> \$3,084-\$4,166 <input type="checkbox"/> \$4,167-\$6249 <input type="checkbox"/> \$6,250 o más</p> <p>¿Cuál es el nivel más alto educativo que completó?</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de Desarrollo Educativo General (General Educational Development, GED) <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Diplomado</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Oficio/técnico</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Comprometido (unión libre)</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero (divorciado) <input type="checkbox"/> Soltero (nunca casado) <input type="checkbox"/> Separado</p> <p><input type="checkbox"/> Casado de nuevo <input type="checkbox"/> Viuda/viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
--	--

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

## Cuestionario y antecedentes médicos de un cliente nuevo

Complete este formulario de la mejor manera posible.

*Si está llenando este formulario en nombre de un niño o adolescente, las respuestas deben ser lo que le corresponda al niño/adolescente.*

1. ¿Por qué ha venido hoy? ¿Cuál es el problema o la inquietud con lo que quiere que le ayudemos?

---

---

---

2. Describa cualquier valor, creencia, costumbre, tradición o práctica que sea importante para usted y/o para su familia que crea que será útil que conozcamos para poder atenderle mejor.

---

---

---

3. **Factores estresantes y de lucha:** ¿Hay alguna persona en el grupo familiar que esté experimentando lo que se indica a continuación? Marque todas las opciones que correspondan.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conflicto padre/hijo                | <input type="checkbox"/> Violencia/abuso de la pareja           | <b><u>Complete para niños/adolescentes</u></b><br><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento/fracaso escolar<br><input type="checkbox"/> Absentismo escolar/huir de la escuela<br><input type="checkbox"/> Peleas con compañeros<br><input type="checkbox"/> Peleas con adultos<br><input type="checkbox"/> Hiperactividad<br><input type="checkbox"/> Ensuciar/mojar la ropa<br><input type="checkbox"/> Negligencia/abuso infantil<br><input type="checkbox"/> Aislamiento/retraimiento |
| <input type="checkbox"/> Inquietudes de la pareja            | <input type="checkbox"/> Violación/abuso sexual                 |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de ira                    | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/drogas              |  |
| <input type="checkbox"/> Depresión/desesperanza              | <input type="checkbox"/> Pérdida/dolor                          |  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/preocupación               | <input type="checkbox"/> Problemas legales/libertad condicional |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación           | <input type="checkbox"/> Trastornos/problemas de alimentación   |  |
| <input type="checkbox"/> Adaptación al divorcio              | <input type="checkbox"/> Inquietudes sobre intimidad/sexualidad |  |
| <input type="checkbox"/> Adaptación al casarse de nuevo      | <input type="checkbox"/> Intentos/pensamientos suicidas         |  |
| <input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo/desempleado | <input type="checkbox"/> Cambios de vida significativos         |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: (describa) _____              |   |  |

4. **Síntomas:** ¿Ha experimentado usted (su hijo) alguno de los síntomas relacionados con la salud que se indican a continuación? Marque todas las opciones que correspondan.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pánico                | <input type="checkbox"/> Imprudencia                 | <input type="checkbox"/> Pérdida del interés en actividades   |
| <input type="checkbox"/> Inquietud/nerviosismo | <input type="checkbox"/> Impulsividad                | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse   |
| <input type="checkbox"/> Dolores de estómago   | <input type="checkbox"/> Irritabilidad               | <input type="checkbox"/> Alucinaciones  |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza     | <input type="checkbox"/> Pensamientos intrusivos     | <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso sin explicación (5lbs o más)   |
| <input type="checkbox"/> Mareos                | <input type="checkbox"/> Obsesiones                  | <input type="checkbox"/> Cambios en el sueño; si es así, ¿está durmiendo <input type="checkbox"/> más? <input type="checkbox"/> menos?  |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico         | <input type="checkbox"/> Comportamientos compulsivos | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito; si es así, ¿está comiendo <input type="checkbox"/> más? <input type="checkbox"/> menos? |
| <input type="checkbox"/> Euforia               | <input type="checkbox"/> Fatiga/cansancio            | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

5. ¿Tiene usted (o su niño/adolescente) necesidad de que se le brinden adaptaciones?  Sí  No

- Interpretación del idioma  Lectura y escritura  Transporte  Escala móvil de tarifas  
 Otro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez a alguien en la familia se le trató en el pasado o actualmente por salud mental?  Sí  No

(Si la respuesta es sí, ¿cuándo y bajo qué circunstancias?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene usted (su hijo) un médico o un lugar a dónde ir cuando necesita recibir atención médica?  Sí  No  
Si respondió que sí, indique el nombre del médico y del centro si lo conoce.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene alguien en la familia una afección médica crónica?  Sí  No

(Si la respuesta es sí, especifique): \_\_\_\_\_

9. ¿Toma usted (su hijo) actualmente algún medicamento?  Sí  No

(Si la respuesta es sí, especifique): \_\_\_\_\_

10. ¿Suspendió usted (su hijo) la toma de medicamentos en los meses recientes?  Sí  No

(Si la respuesta es sí, especifique): \_\_\_\_\_

11. ¿Ha participado usted (su hijo) en servicios de educación especial en la escuela?  Sí  No

12. ¿Está usted, o alguien más, preocupado acerca del consumo de alcohol y drogas en la familia?  Sí  No

13. ¿Se han involucrado en su vida los Servicios de Protección Infantil? (en el pasado o actualmente)  Sí  No

14. ¿Está usted (su hijo) participando en un tratamiento por orden judicial?  Sí  No

15. ¿Está usted (su hijo) actualmente implicado en algún procedimiento judicial?  Sí  No

16. ¿Alguna vez usted (su hijo) perdió a un ser querido debido a un homicidio?  Sí  No

17. ¿Alguna vez usted (su hijo) perdió a un ser querido debido a un suicidio?  Sí  No

18. ¿Tiene usted (su hijo) un historial de comportamiento autodestructivo, de intentos o pensamientos suicidas?  Sí  No

19. ¿Tiene usted inquietudes de seguridad actuales propias, de su hijo o de otras personas?  Sí  No

20. ¿Hay algo más que usted crea que será útil que sepamos?

---

---

---

---

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

For Office Use Only

This document has been reviewed in its entirety.

\_\_\_\_\_  
Provider Signature\_\_\_\_\_  
Date