



Catholic Counseling Services, Inc.

Toda información en este documento es **CONFIDENCIAL**

USO DE LA OFICINA

Nombre del cliente:				Case #:		
# de Seguro Social:				Counselor:		
Nombre de Esposo/a:				Type of Service:		
Apellido de Soltera:				Fee:	Date:	
# de Seguro Social:				Referred by:		
Dirección:			Apt. #	Parish:		
Ciudad:			Zonal Postal:	Type of Ins.:		
Teléfono: Hogar:			Trabajo:	Stats:		
Contacto de Emergencia:				Teléfono:		
Médico Principal:						
Médico que la/lo refirió:						
Seguro De Salud:						
UD			ESPOSO/A			
Edad:			Edad:			
Domicilio (Si es diferente):			Domicilio (Si es diferente):			
Fecha de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:			
Religión:			Religión:			
Años de Educación:			Años de Educación:			
Etnicidad o raza:			Etnicidad o raza:			
Estado civil:			Estado civil:			
¿Cuántas veces ha sido casado/a?			¿Cuántas veces ha sido casado/a?			
Fecha de Matrimonio presente:			Fecha de Matrimonio presente:			
Trabajo presente y puesto:			Trabajo presente y puesto:			
Indique Ingreso Mensual de la familia:						

HIJOS/HIJAS:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Escuela o Trabajo Presente	# Seguro Social

Otros miembros de la familia viviendo en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación

¿Ha consultado con un miembro del clero?	SI	NO
¿Ha consultado con un siguiatra, sicólogo, o algún otro terapeuta?	SI	NO
¿ Por quién y cuando?		
¿ Está presentemente bajo tratamiento médico?	SI	NO
Por favor, indique el tipo de problema(s):		
¿Ha recibido tratamiento por enfermedades o lesiones?	SI	NO
Por favor, indique el tipo:		
¿Está tomando algún medicamento recetado?	SI	NO
¿Qué clase?		
¿Cuánto y cada cuándo?		
¿Está tomado otro tipo de medicinas, drogas, o alcohol?	SI	NO
Por favor, indique que clase:		
¿Cuánto y cada cuándo?		

Brevemente indique su razón por la cual buscó consejería:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Matrimonial | <input type="checkbox"/> Problema Financiero |
| <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Separación |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Este espacio es para información o comentarios adicionales que usted quiera incluir:

La información en este documento es confidencial y no será revelada sin autorización o consentimiento del cliente o orden judicial.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de Esposo(a)

Fecha

Firma del Consejero/a

Fecha