

HANOVER TOWNSHIP
YOUTH AND FAMILY SERVICES
CUESTIONARIO DE HISTORIAL DEL CLIENTE

Gracias por su tiempo en llenar el cuestionario. **La información que usted proporcione es confidencial y no será compartida sin su autorización por escrito.**

Información Demográfica:

Fecha: _____

Nombre y Apellido del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre preferido del cliente (si aplica): _____ Pronombres: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Idioma Principal: _____

Servicios de Intérprete: ☐ No se requieren ☐ Lengua de Señas Americana ☐ TDD/TYY

☐ Idioma Hablado: _____ ☐ Otro: _____

Genero/Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario ☐ Prefiero no decirlo

Raza: ☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/afroamericano ☐ Hispano ☐ Blanco

☐ Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico ☐ Multirracial ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no decir

Etnicidad: ☐ Hispano ☐ non-Hispano ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no decir

Estado civil: ☐ Soltero/Nunca casado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica ☐ Viudo

Nivel Educativo: ☐ Nunca asistió ☐ Pre K/Jardín de infancia ☐ En la escuela, grado: _____

☐ Diploma de secundaria/GED ☐ Algo de universidad ☐ Título de asociado ☐ Formación técnica/professional

☐ Certificado profesional ☐ Título universitario ☐ Maestría/Doctorado

Estado de Tutoría: ☐ Adulto ☐ Padre biológico ☐ Padre adoptivo ☐ Menor bajo cuidado

☐ Otro designado por el tribunal ☐ Otro: _____

Estado Laboral: ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Estudiante ☐ Ama de casa ☐ Militar ☐ Jubilado

☐ Incapaz de trabajar ☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Desempleado

Padre/Madre/Tutor: _____ Relación con el Cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Cliente: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

PROPORCIONE UNA LISTA DE TODOS LOS INDIVIDUOS QUE VIVEN EN SU HOGAR:

Nombre y Apellido	Relación con el Cliente	Fecha de Nacimiento	Edad

MIEMBROS DE LA FAMILIA INMEDIATA DEL CLIENTE QUE VIVEN EN OTRO LUGAR

(Por favor incluya hijos, padres y/o hermanos biológicos, adoptivos, de crianza o por matrimonio):

Nombre y Apellido	Relación con el Cliente	Fecha de Nacimiento	Edad

FORTALEZAS/DESAFÍOS ACTUALES

1. Describa con sus propias palabras qué lo llevó a decidir venir a terapia: _____
2. ¿Cuándo notó por primera vez el problema que le llevó a buscar terapia? _____
3. ¿Qué fortalezas/coas positivas tiene usted (o su hijo/a) que siente podrían ser útiles en la terapia?: _____
4. ¿Qué es algo que le de orgullo a usted o algo que le enorgullezca de su hijo/a? _____

HISTORIA FAMILIAR

1. ¿El cliente referido ha vivido alguna vez con alguien fuera de su familia inmediata? (por favor especifique con quién y por cuánto tiempo): _____
2. ¿Ha fallecido alguien importante para el cliente o su familia? (por favor especifique quién/cuándo): _____
3. ¿Hay algo sobre su origen cultural que considere importante que sepamos? (Creencias religiosas, culturas de las que forma parte la familia): _____

HISTORIA MÉDICA, PSIQUIÁTRICA Y DE TERAPIA

1. ¿El cliente tiene un médico?: ☐ Sí ☐ No

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

2. ¿El cliente o algún miembro de la familia inmediata tiene algún problema médico actual?: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, especifique: _____

3. Enumere cualquier medicamento actual que esté tomando el cliente::

Medicamento	Dosis	Prescrito por	Desde cuándo

4. En los últimos 6 meses, ¿El cliente ha tenido algún cambio significativo (por ejemplo: cambia de sueño, peso, estado de ánimo, concentración, etc.), cambios de vida o transiciones importantes? Describa: _____

5. ¿El cliente o algún miembro de la familia ha sido hospitalizado psiquiátricamente alguna vez? ☐Sí ☐No

Nombre	Hospital	Fechas	¿Ayudó?

6. ¿El cliente o algún miembro de la familia ha recibido consejería o psicoterapia anteriormente?: ☐Sí ☐No

Nombre	Agencia/Terapeuta	Fechas	¿Ayudó?

HISTORIA ACADEMICA

1. Describa el rendimiento académico del cliente durante los últimos 6 meses: _____

2. ¿Ha habido algún cambio en el rendimiento académico o comportamiento en la escuela del cliente en el último año?:

3. ¿El cliente ha recibido servicios educativos especiales alguna vez? ☐Sí ☐No
Si la respuesta es sí, por favor especifique los servicios: _____
4. ¿El cliente ha recibido servicios de un trabajador social escolar alguna vez?: ☐Sí ☐No
5. ¿El cliente ha recibido pruebas psicológicas u otras pruebas especializadas alguna vez? ☐Sí ☐No
Si la respuesta es sí, por favor especifique cualquier diagnóstico o recomendación resultante:

ESTATUS LEGAL

1. ¿El cliente está obligado a recibir servicios de terapia por orden judicial?: ☐Sí ☐No
2. ¿El cliente tiene un caso judicial abierto actualmente? ☐Sí ☐No

Por favor especifique las circunstancias de la implicación judicial actual del cliente: _____

OTRA INFORMACIÓN

Por favor indique cualquier otra información que considere importante:

¿Quién completó este formulario? _____

Si necesita espacio adicional, siéntase libre de utilizar el reverso de este formulario. Gracias.