

Historia Personal para Persona Menor de Edad

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nac: _____

Dirección: _____ Zip: _____

Telefono de casa: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre de los Padres Telefonos de Trabajo

Están los padres divorciados o separados? _____ Si _____ No

Custodia _____ Madre _____ Padre

Nombres de Hermanos:

_____ Edad: _____

_____ Edad: _____

_____ Edad: _____

_____ Edad: _____

Contact con otras personas importantes? (Abuelos, Primos, etc.) _____ Si _____ No

Su hijo/a toma medicamento? _____ Si _____ No Que? _____

Tiene doctor primario? _____ Si _____ No Nombre: _____

Desarrollo – Anote cualquier dificultad o retraso incluso abuso, drogas, problemas en la casa o en la escuela etc.

Problemas familiares: _____

Problemas en la escuela: _____

Problemas medicas: _____

Hospitalizaciones: _____

Usted o su esposo/a toma alcohol o drogas? _____ Si _____ No

Si contesta si, cuanto en 1 semana? _____

Problemas de salud familiar: _____

Problemas emocionales o de conducta: _____

Relaciones – Favor de describir las relaciones de su hijo/a (bien, malo, problemas específicas etc.

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Amigos: _____

Otros: _____

Otros comentarios o preocupaciones? _____

Problemas con (ponga circulo)

Pesadillas	Peleas	Orinar la cama	Insolencia	Drogas
Abuso sexual	Abuso físico	Ansiedad/Nervios	Depresión	

Que metas tiene para la consejería de su hijo/a?

Seguro

Compañía de Seguro: _____

Nombre de asegurado: _____

de Poliza o grupo: _____

Empleador: _____ Seguro Social: _____

Yo autorizo que se comparta cualquier información necesaria para procesar el cobro. Autorize que se hagan pagos a mi o al proveedor de servicios médicos.

Firma

Fecha