

Formulario de Registro de Clientes

| | | | | | |
|-------------------------|--|---------|--|----------------------------------|--|
| Información del cliente | Apellido: | Nombre: | Nombre anterior (si aplica): | | |
| | Dirección postal: | | | Apartamento # | |
| | Ciudad/estado/código Postal: | | | | |
| | Teléfono de casa: () - | | Teléfono celular: () - | | Teléfono del trabajo: () - |
| | Método preferido para recibir llamadas de cortesía y otros mensajes electrónicos: <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto | | | | Si voz, favor de indicar el numero preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo |
| | Podemos dejar mensajes respecto a su salud mental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | Dirección de correo electrónico: | |
| | Fecha de nacimiento: | | Sex: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina | Seguro social #: | Estado civil: |
| | Nombre del empleador: | | | Contacto de emergencia: | |
| | Nombre de contacto de emergencia: | | Teléfono de contacto de emergencia: () - | | Relación al paciente: |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Información de niños | Persona responsable de la factura (si el cliente es meno de 18 años, el padre o guardián): | | | | |
| | Nombre de la madre: | | Teléfono: () - | | |
| | Nombre de el padre: | | Teléfono: () - | | |
| | Nombre del pediatra: | | Teléfono del pediatra: () - | Fecha del ultimo físico: | |
| | El niño tiene problemas médicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Por favor especifica los problemas: | | |
| | El niño ha sido diagnosticado con discapacidad del desarrollo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | El niño ha recibido intervención temprana (incluyendo terapia del habla o terapia ocupacional)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| | El niño tiene IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Que tipo de IEP? <input type="checkbox"/> Disturbio emocional <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | | |
| | El niño esta en clase de educaron especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Donde el niño asiste a la escuela? | | Grado? |
| | Participación de ACS? <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado | | Nombre de trabajador(a): | | Teléfono de trabajador(a): () - |

| | | | | |
|-------------------|--|--|--------------------------|--|
| Historia personal | Ha recibido terapia de salud mental anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Donde? | Quando? | |
| | Esta actualmente tomando medicamentos psicotrópicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cuales medicaciones psicotrópicas se toma? | | |
| | Le quedan medicaciones psicotrópicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Nombre del medico que le prescribe medicaciones psicotrópicas ? | | |
| | Ha tenido una hospitalización psiquiátrica reciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ha tenido una hospitalización psiquiátrica en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| | Esta usted actualmente experimentando ideación suicida o pensamientos de hacer se daño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alguna vez ha tratado de hacerse daño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| | Ha sido victima o perpetrador de la violencia domestica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Por favor especifica: | | |
| | Tiene problemas legales (incluyendo arrestos)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Por favor especifica: | | |
| | Nombre del medico primario: | Teléfono del medico primario: () - | Fecha del ultimo físico: | |
| | Usted tiene problemas médicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Por favor especifica: | | |
| | Usted toma medicaciones para condiciones medicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cuales medicinas toma? | | |
| | Usted fuma cigarrillos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cuantos cigarrillos al día? | | |
| | Usted bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Con que frecuencia toma alcohol? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual | | |
| | Quando fue la ultima vez que bebió alcohol? | Cuantas bebidas se toma típicamente? | | |
| | Usted usa drogas narcóticas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mariguana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Prescripción Medica <input type="checkbox"/> Otra: Por favor especifica: | | | |
| | Usted siente que tiene un problema con el alcohol o las drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | |