

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		
	Cuando 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				