

Consejería Familiar y Servicios Para Niños - Datos Personales del Cliente (Niño(a))
 Family Counseling & Children's Services - Intake Information Sheet (child)

FHC Chart ID#

Solo para uso administrativo	Medicaid _____ Medicare: ____	Date Intake Received:	1 st Appt Date/Time:	Favor de regresar los formularios a: Family Counseling and Children's Services 1600 Providence Drive Waco, TX 76707
	CHIP _____ GHC/County Card _			
	Fee/Copay: ____			

Gracias por su interes en nuestro servicio de consejeria. Favor de completar las páginas lo mas completo possible. Cuando termine puede traerlo ha nuestra oficina o mandarlo por correo. Cuando las recibamos haremos lo posible para ponerlo con el consejero mas apropiado para su caso y hacerle una cita pronto. Favor de llamarnos si tiene preguntas.

Informacion sobre el cliente Apellido(s), Nombre(s)			Números de teléfono Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Dirección de domicilio o apartado postal			
Ciudad, Estado	Condado	Código postal	Fecha de nacimiento:

Cual es su relacion con el Niño o Adolescente: _____ *Si no es o son los padres biológicos, por favor provea evidencia de sus derechos sobre el niño(a) (papeles de la corte o de custodia).

Otras personas que viven en el hogar	Fecha de nacimiento:	Sexo	Relación a Niño(a)
01			
02			
03			
04			
05			
06			

Problemas Presentes:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Pena/Luto | <input type="checkbox"/> En drogas/Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Divorcio/Familia Mezclada | <input type="checkbox"/> Trauma/Abuso | <input type="checkbox"/> Ajuste |
| <input type="checkbox"/> Familia/Relacional | <input type="checkbox"/> Enojo | <input type="checkbox"/> Evaluación de ADHD |
| <input type="checkbox"/> Conducta — <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Ha el niño(a) tratado de suicidarse alguna vez? Si No ¿Cuándo?

¿Algun pariente de el niño(a) ha tratado o logrado suicidarse? Si No

¿Alguna vez ha herido gravemente o ha matado a otra persona? Si No

¿Es el niño(a) sobreviviente de incesto o de abuso sexual? Si No

¿Si la respuesta es si, han ido al Advocacy Center? Si No

¿Ha estado involucrado el niño(a) con CPS en el presente o en el pasado? Si No

¿Consejería es un requisito de CPS? Si No ¿Probación? Si No

¿Consejería es un requisito de la corte? Si No ¿Esta buscando ayuda para el niño(a) para incapacidad? Si No

Favor de poner los nombres de la familia inmediata que reciben asistencia con nuestra agencia:

¿Que hora es preferida para su cita?

Instrucciones para los padres:

- **Favor de venir acompañado de otra persona adulta de confianza a la primera seccion, para qu el niño este supervisado mientras usted habla con el consejero/a de su hijo/a.**
- **Favor de no traer a otros niños con usted a las citas o en la area de espera. Solo traiga a el niño que tiene la cita con el consejero.**
- **Si no es o son los padres biologicos de el niño/a favor de traer pruebas o evidencia verificando su derecho para traer al niño a consejeria (papeles de la corte/custodia, etc.)**
- **Debe permanecer en la sala de espera hasta que la seccion de el niño termine. No se valla o deje la area de consejeria bajo ninguna circunstancia.**

Firma: _____ Fecha: _____