



CARE AND COUNSELING CENTER of Georgia

OFFERING HEALING, HOPE AND EDUCATION IN THE PASTORAL TRADITION

WWW.CCCGEORGIA.ORG

Office Use Only

Client # _____

Ins. Dx: _____

Need Monthly Statement?

Yes No

Therapist: _____

Therapist # _____

Center # _____

EAP Yes No

NIÑOS/ADOLESCENTES CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN GENERAL – Por favor escriba letra de molde

Nombre: Apellido _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Persona Responsable por el pago (si es diferente a la anterior)

Nombre: Apellido _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Email: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Preferido ¿dejar mensaje?

Tel. Casa _____ Sí No Correo Electrónico: _____

Tel. Trabajo _____ Sí No

Tel. Celular _____ Sí No

Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____ Sexo Masculino Femenino

Seguro Social _____ - _____ - _____

Lugar de empleo: _____ Tipo de trabajo: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono #: _____ Relación: _____

Raza/identidad étnica: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático o Indio Asiático Color o afro-americano

Hispano o Latino Medio oriente Isla del Pacífico o Nativo Hawaiano Blanco

Preferencia Religiosa/Denominación: _____

Referido por: _____ ¿Podemos agradecerle a la persona? Sí No

INFORMACIÓN FAMILIAR

Padres Estado Marital: Soltero/a Comprometido/a Casado/a/cohabitando Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Nombre de la madre _____ Fecha de Nac. Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____ S.S. _____ - _____ - _____

Preferido ¿dejar mensaje?

Tel. Casa _____ Sí No Correo electrónico: _____

Tel. Trabajo _____ Sí No

Tel. Celular _____ Sí No Empleador _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nac. Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____ S.S. _____ - _____ - _____

Preferido ¿dejar mensaje?

Tel. Casa _____ Sí No Correo electrónico: _____

Tel. Trabajo _____ Sí No

Tel. Celular _____ Sí No Empleador _____

Otros que viven en la casa del niño/a (Nombres, relacion con el niño/a, edad) _____

Custodia legal (si se aplica) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Si se aplica)

Nombre del asegurado: _____ Empleo del asegurado: _____

Dirección Calle: _____ Ciudad: _____ Estado : _____ Código: _____

SS del asegurado : _____ - _____ - _____ Fecha Nacimiento del asegurado: Día____/Mes____/año____ Relación con cliente: _____

Nombre del seguro Medico: _____ Dirección : _____

Ciudad: _____ Estado:____ Código Postal : _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

¿Pre-autorización Requerida? Sí No Teléfono: _____

Segundo Seguro Medico: _____ Dirección Calle : _____

Ciudad: _____ Estado:____ Código: _____ Póliza#: _____ Grupo #: _____

¿Pre-autorización Requerida? Sí No Teléfono: _____

¿Desea ser incluido en nuestra lista de correo electrónico para enterarse de talleres y grupos? __ Sí __ No
(Respetamos la privacidad de su dirección electrónico. Ud. no recibirá información de negocios que no ha pedido. No vamos a compartir, transferir, vender o alquilar su información.)

ASUNTOS PARA LA CONSEJERÍA

¿Por qué pide usted ayuda para su hijo/a ahora?

¿Qué le gustaría que pase como resultado de la consejería o psicoterapia?

HISTORIA MEDICA & PSICOLÓGICA

Nombre del doctor: _____ Teléfono del doctor: _____

Fecha del último examen general : _____

Lista de enfermedades o síntomas Marque si no hay ninguna

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Doctor que la prescribe
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre del Psiquiatra: _____ Tel. del Psiquiatra: _____

¿Alguna vez ha recibido consejería el su hijo/a? Sí No

Si es así, ¿cuándo fue? _____ Con quién? _____

¿Ha recibido alguna vez usted o un familiar, ayuda por asunto de drogas o alcohol? Sí No

Si es así, ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Marque cuáles de las siguientes sustancias su hijo ingiere y escriba las cantidades y frecuencia de cada una:

- Café: _____ Tabaco: _____
 Sodas Otras bebidas Pastillas
 Alcohol: _____ Marihuana: _____
 Cocaína, Crack: _____ LSD: _____
 Inhalantes: _____ Otra: _____

¿Se ha preocupado alguna vez porque su niño/a toma drogas/alcohol? Sí No

¿Su hijo/a se ha sentido culpable por el uso de drogas/alcohol? Sí No

¿Alguien alguna vez expresó preocupación por el uso drogas/alcohol de su hijo/a ? Sí No

Si es así, ¿quién ? _____

¿Hay drogas que se usan en casa? Sí No Si es así, ¿qué usan y quién? _____

¿Se toma alcohol en la casa? Sí No Si es así, ¿qué tipo de alcohol y quién? _____

¿Alguien fuma en la casa? Sí No Si es así, ¿cuánto fuma y quién? _____

Interés y Logros

¿Con que se entretiene su hijo/a y que intereses tiene? _____

¿En qué áreas ha logrado mayor desarrollo su hijo/a? _____

¿Qué es lo que su hijo le gusta hacer lo más? _____

¿Qué es lo que su hijo le disgusta hacer lo más? _____

¿Cuánto tiempo pasa su hijo/a en:?

Haciendo tareas escolares: _____ Mirando la TV _____

Video juegos: _____ El computador _____

Haciendo ejercicio: _____ Durmiendo _____

Lista de preocupaciones

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Descuidado | <input type="checkbox"/> Impaciente/nervioso | <input type="checkbox"/> Tiene rabietas | <input type="checkbox"/> Intimida a otros |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentración | <input type="checkbox"/> Fuera de su asiento | <input type="checkbox"/> Argumentativo con adultos | <input type="checkbox"/> Destruye propiedad |
| <input type="checkbox"/> No escucha | <input type="checkbox"/> Acelerado | <input type="checkbox"/> Irascible o resentido | <input type="checkbox"/> Peleas físicas |
| <input type="checkbox"/> Falta de seguimiento | <input type="checkbox"/> Muy inquieto | <input type="checkbox"/> Desobediente | <input type="checkbox"/> Cruel con animales/gente |
| <input type="checkbox"/> Falta de organización | <input type="checkbox"/> Habla en exceso | <input type="checkbox"/> Molesta deliberadamente | <input type="checkbox"/> Usa armas |
| <input type="checkbox"/> Pierde cosas | <input type="checkbox"/> Gritón | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Roba |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> No espera su turno | <input type="checkbox"/> Se molesta fácilmente | <input type="checkbox"/> Se escapa de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Olvida actividades diarias | <input type="checkbox"/> Interrumpe | <input type="checkbox"/> Malicioso o vengativo | <input type="checkbox"/> Prende fuegos |

Doy permiso a CCCG para tratar al menor que estoy trayendo para la consejería.

Firma del padre o responsable

Fecha

Letra de molde Nombre del padre o responsable



CARE AND COUNSELING CENTER of Georgia

OFFERING HEALING, HOPE AND EDUCATION IN THE PASTORAL TRADITION

WWW.CCCGEORGIA.ORG

Lista de Inquietudes/problemas

Por favor marque lo que se aplique

PENSAMIENTOS,

SENTIMIENTOS, EMOCIONES

- Rabia/frustración/hostilidad
- Ansiedad, nerviosismo
- Atención, concentración,
- Confusión
- Depresión
- No acepta a otros
- Sentimiento de vacío interior
- Euforia
- Preocupación excesiva
- Fracaso
- Fatiga
- Miedo
- Duelo (muerte, pérdida, divorcio, etc.)
- Culpabilidad
- Escucha cosas que otros no escuchan
- Pasamientos homicidas
- Pensamientos intrusos
- Poco sentido común
- Dificultades de memoria
- Pensamientos negativos
- Pensamientos obsesivos
- Sensibilidad a la crítica
- Sensibilidad al rechazo
- Ataques de pánico
- Perfeccionismo
- Tristeza
- Ve cosas que otros no ven
- Egocéntrico
- Autoestima
- Timidez
- Espiritualidad, religiosos, o morales
- Estrés
- Cambios repentinos de ánimo
- Pensamientos suicidas
- Sospecha
- Problemas de temperamento
- Pensamientos de hacer daño a sí mismo
- Pensamientos de hacer daño a otros

CONDUCTA

- Agresión, violencia
- Uso de alcohol
- Argumentativo
- Evasivo
- Comportamientos compulsivos/rituales
- Necesidad de controlar todo
- Disminución /falta de interés sexual
- Dependencia
- Destrucción de propiedad
- Uso de drogas prescritas o sin receta médica, o de la calle
- Problemas de alimentación
- Problemas financieros, deudas
- Adicto a las apuestas
- Hiperactividad
- Problemas de Internet
- Irresponsabilidad
- Aislamiento
- Problemas legales
- Permite que otros lo abusen
- Miente
- Incapaz de relajarse
- Pornografía
- Preocupación por el sexo
- Procrastinar
- Vomitar
- Autodestrucción/sabotaje
- Descuido personal
- Disfunción sexual
- Fumar
- Robar
- Amenazar a otros
- Aumento /pérdida de peso
- Se aísla de los demás
- Desinterés por lo que le ha gustado
- Dificultad para dormir
- Pérdida de apetito
- Comer en exceso

FAMILIA & RELACIONES SOCIALES

- Infidelidad
- Problemas de su infancia
- Divorcio
- Amistades
- Mantenimiento diario de casa
- Conflictos interpersonales
- Paternidad
- Problemas con los niños
- Problemas con los padres
- Problemas con el cónyuge
- Separación

ABUSO

- Abuso de alcohol
- Abuso de drogas
- Abuso emocionalmente a otro
- Otro lo abusa emocionalmente
- Abuso financiero
- Negligencia
- Otros lo abusa físicamente
- Abusa físicamente a otro
- Sufre abuso sexual
- Abusa sexualmente a otro
- Abuso verbal

TRABAJO & ESCUELA

- Faltar constantemente
- Problemas con la carrera, metas, elección
- Problemas con compañeros de trabajo
- Problemas con supervisores
- Desempeño
- Tardanza
- Procrastinar
- Problemas de escuela

OTROS PREOCUPACIONES

- _____
- _____
- _____
- _____