

Fecha de Ahora: ____ / ____ / ____

Cliente #: _____

Nombre: _____

Sexo: M F Edad: _____

Número de Seguro Social: _____

Numero Medi-Cal _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Trabajo: (____) ____ - ____

Celular de Cliente: (____) ____ - ____ Podemos dejar mensaje? Casa Trabajo Celular

Etnicidad/Raza: _____ Estado Civil: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Desabilitado: _____

Padres/Padraastro/Madrastra/O Firma De La Persona que Representa al Cliente:

Nombre de Madre: _____ Edad: _____

Dirección Física: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono Celular: (____) ____ - ____

Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____ Estado Civil: Soltera Casada Pareja

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Desabilitada: _____

Nombre de Padre: _____ Edad: _____

Dirección Física: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____

Teléfono Celular: (____) ____ - ____ Estado Civil: Soltero Casado Pareja

Ocupación: _____ Etnicidad/Raza: _____ Desabilitado: _____

Nombre de Padraastro/Madrastra: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____

Teléfono Celular: (____) ____ - ____

Ocupación: _____ Soltero(a) Casado(a) Pareja

Si no vives con las personas listadas anteriormente ¿con quién vives?

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

¿Quiénes viven en tu hogar?

	NOMBRE	EDAD
Hermanas:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Hermanos:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Otros quienes Vivan en la casa:	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Esta presentemente buscando servicios (o ha recibido servicios) de alguna de las siguientes agencias?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud | <input type="checkbox"/> Women's Center | <input type="checkbox"/> Sierra Recovery Center |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Family Resource Center | <input type="checkbox"/> Consejero(a) Privado(a) |

¿Quién te recomendó a aquí?

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> LTUSD Tabla de Expulsión | <input type="checkbox"/> Policía |
| <input type="checkbox"/> Probación | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección de los Niños (CPS) | <input type="checkbox"/> Familia |
| <input type="checkbox"/> SARB | <input type="checkbox"/> Sierra Recovery Center | <input type="checkbox"/> Tú Mismo(a) |
| <input type="checkbox"/> Women's Center | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Alguna vez has sido arrestado(a)? Sí No ¿En los últimos 24 meses? Sí No

¿Qué edad tenías cuando fuiste arrestado(a), por primera vez y por que? _____

En el presente, ¿estás en probación? Sí No ¿Es tu primera vez? Sí No

¿Estabas bajo la influencia de alcohol o drogas? Sí No

¿Qué situación o problema te lleva a buscar nuestros servicios? _____

Por favor marca todos los síntomas o comportamientos que has tenido. Marque presente o pasado

Pasado Presente

- Falta de energía
- Sentir tristeza o depresión
- Irritación
- Insomnio
- Distraído(a)
- Cambios en rutina de comer
- Autoestima baja
- Sentir desesperanza o culpabilidad
- Pensar en suicidio
- Indiferencia
- Aislamiento o problemas haciendo amigos
- Intentar el suicidio
- Sentirse inquieto(a) o nervioso(a)
- Tener pensamientos rápidos
- Preocuparse excesivamente
- Pensamientos confundidos
- Evitar ciertas situaciones o personas
- Ataques de pánico
- Imagen baja de tu propio cuerpo
- Perfeccionismo
- Comer muy poco o ayunar
- Hacer ejercicio frecuentemente
- Comer demasiado
- Vomitar después de comer
- Problemas dentales
- Sentirse hiperactivo
- Dificultades prestando atención
- Estar inquieto(a) o desasosegado(a)
- Problemas de aprendizaje
- Problemas relacionando con otros
- Perder la paciencia fácilmente
- Discutir con adultos o no obedecer
- Culpar a otros por tus propios errores
- Ser sensible, susceptible, vengativo(a)
- Iniciar peleas
- Cruel con animales o personas
- Robo
- Deliberantemente quemar o destrozado propiedad ajena
- Mentir o manipular a otros

Pasado Presente

- Salir furtivamente de la casa por la noche antes de los 13 años de edad
- Huir de la casa ¿Cuántas veces? (____)
- Novillero(a) de la escuela antes de los 13 años
- Expresar repugnancia o asco hacia otros
- Tener pesadillas o memorias sobre ser abusado(a)
- Aumento en conducta agresiva
- Aumento/decrecimiento en interés en el otro sexo
- Enojo, rabia o miedo hacia ciertas personas
- Chupar el pulgar
- Hablar como bebé
- Orinarse en la cama
- Problemas con los padres
- Problemas con los hermanos
- Problemas con otras personas significativas
- Problemas académicos
- Atracción al mismo sexo
- Problemas de adaptación cultural
- Cambios rápidos de humor
- Cambios frecuentes en amigos
- Bajar las calificaciones, y/o ausencias extensivas de la escuela
- Imagen baja de si mismo(a) (“perdedor”)
- Energía baja, durmiendo más
- Aislamiento de familia y amigos cercanos
- Oyendo voces sin estar bajo la influencia de alcohol o drogas
- Tener alucinaciones sin estar bajo la influencia de alcohol o drogas
- Golpe a la cabeza (Fecha: ____ / ____ / ____)
- Abuso sexual
- Abuso físico
- Abuso emocional
- Pesadillas
- Irritable
- Dificultad para acordarse de ciertos eventos
- Acceso a armas de fuego u otras armas

¿Alguna de las siguientes situaciones se han presentado en tu familia? Si la respuesta es “sí” ¿cuándo?

Situación	Año Cuando Ocurrió
<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres	_____
<input type="checkbox"/> Arreglos de custodia	_____
<input type="checkbox"/> Muerte en la familia (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Partida de persona significativa (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Arresto (¿Quién? _____)	_____
Accidente o golpe serio (¿Quién? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria (mental o física)	_____
<input type="checkbox"/> Reciente mudanza	_____
<input type="checkbox"/> Pariente en la cárcel	_____
<input type="checkbox"/> Embarazo	_____
<input type="checkbox"/> Expulsión o suspensión de la escuela	_____
<input type="checkbox"/> Ser testigo o víctima de un crimen	_____
<input type="checkbox"/> Pariente usando alcohol o drogas (pasado _____ presente _____)	_____
<input type="checkbox"/> Adopción o Servicios de Foster	_____
<input type="checkbox"/> Otra situación: _____	_____
<input type="checkbox"/> Has tenido historia de cortarte o de dañarte a ti mismo?	_____
<input type="checkbox"/> Has intentado suicidarte? (presente _____ Pasado _____)	
<input type="checkbox"/> Algún intento fue sin hospitalización? (sí _____ no _____)	
<input type="checkbox"/> Tienes algún pariente que ha tenido serios problemas mentales o emocionales?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “sí” por favor has una lista _____	
<input type="checkbox"/> Fumas cigarros regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuánto fumas, y a que amenudo?	
<input type="checkbox"/> Cuántos años tenías cuándo empezaste a fumar cigarros? Edad _____	
¿Quisieras ayuda para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Has experimentado con las siguientes drogas? Por favor contesta honestamente.
(ESTO ES CONFIDENCIAL)

- Alcohol** Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Marihuana Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Alucinógenos (ácido, hongos, etc.) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Cocaína Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Crack (cocaína en piedra, que se fuma) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Metanfetaminas (“crank”, “speed”) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Éxtasy (“E”) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Depresivos (“downers” Codeine, Oxycotin, Vicodin, valium, Xanax, etc.) Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Inhaladores,
Nitro oxido Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____
Heroína, Morfina,
Methodona Sí No ¿Cuántas veces? _____ Edad que comenzaste: _____

- ¿Alguien se ha preocupado por tu uso? Sí No
¿Estás preocupado(a) por tu uso? Sí No
¿La mayoría de tus amigos toman o usan? Sí No
¿Alguna vez has tenido una sobredosis de alcohol o drogas? Sí No
¿Alguna vez has estado en el cuarto de emergencia/hospital? Sí No

¿El uso de alcohol o drogas te ha causado problemas en la escuela, en casa, en relaciones con otros, o en tu trabajo? Si la respuesta es “sí” por favor explica: _____

¿Has usado drogas para calmar sentimientos incómodos?
(aburrimiento, tristeza, ansiedad, insomía) Sí No

¿Has recibido tratamiento por tu uso de alcohol o drogas? Sí No
Si la respuesta es “sí”, ¿cuándo y dónde? _____

¿Existe alguien en la familia que ha sido tratado(a) por uso de alcohol o drogas? Sí No
Si la respuesta es “sí”, ¿cuándo y dónde? _____

