



Catholic Community Services in Western Arizona
Departamento de consejeria
Formulario de registro de cliente

Instrucciones: Este formulario debe ser relleno completamente por la persona que solicita servicios.

Primer Nombre Apellido MI Sexo Fecha de Nacimiento
Sexo options: Male, Female

Numero de Telefono: Direccion:

Numero Secundario:

Edad: Lenguaje Primario: Lenguaje Preferido:

Origen: Caucasian, Hispanic, African American, Indian, Other

Estado Civil: Single, Married, Separated, Divorced, Widowed, Cohabitation

Si procede, número de veces casado

Información de Contacto de Emergencia

Contacto de Emergencia: Numero de Contacto:

Relacion: Direccion:

Informacion de Médico Tratante

Doctor/ Agencia de Tratamiento:

Doctor/ Nombre Profesional: Numero de Contacto:

Informacion de Referencia

Agencia/entidad: Numero de Contacto:

Nombre de individuo, Posición (si applicable):

Base de referencia:

Financiero /Información Sobre el Empleo

Trabajas actualmente? No, Si, Part-time, Full-time

Nombre De Empleador: Duración del empleo: Posicion:

Ingresos: Por Mes, Por Ano

Tipo de ingresos: Empleo, Sin empleo, Discapacitado, Otro

Pagador

Pagado Privado\*: Una prueba de ingresos deben probarse para determinar sesiones honorarios utilizando la escala de honorarios Corredera.

compañía o Tercero pagador\*:

Nombre (compañía o Tercero pagador):

Nombre de asegurado: Fecha de Nacimiento:

Numero de Seguro Social: Empleador:

póliza #: Miembro ID: Grupo #:

\*Persona responsable: Yo mismo, Tercer persona:

AHCCCS

AHCCCS ID#: CIS#:

Creado: 6/2012

Formulario de registro de cliente

Pagina 1 of 2

Nombre de Cliente: Client ID:

**Lista los niños y otras personas que viven en el hogar**

Nombre	Edad	Sexo	Relacion	Calidad de la relación
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo

**Los Principales motivos para recurrir a los servicios**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conductas Adictivas  | <input type="checkbox"/> Problema de comportamiento Adolescente | <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas          | <input type="checkbox"/> Problema de enojo     |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad             | <input type="checkbox"/> Appetito inusual o pobre               | <input type="checkbox"/> Perdida /Dolor          | <input type="checkbox"/> Problema de niño      |
| <input type="checkbox"/> Manera de enfrentar  | <input type="checkbox"/> Parejas/Conflicto de pareja            | <input type="checkbox"/> Depresion               | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario |
| <input type="checkbox"/> Problemas familiares | <input type="checkbox"/> Miedo/Fobia                            | <input type="checkbox"/> Adiccion a las apuestas | <input type="checkbox"/> Hiperactividad        |
| <input type="checkbox"/> Confusion Mental     | <input type="checkbox"/> Dificultad de Relacion                 | <input type="checkbox"/> Preocupacion Sexual     | <input type="checkbox"/> Problemas de dormir   |

Other: \_\_\_\_\_

**Comportamiento/Emocional**

Por favor verifique lo siguiente que ha sido experimentada por el cliente en los últimos dos meses:

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carinosa(o)                | <input type="checkbox"/> Agresivo                | <input type="checkbox"/> Enojado                  | <input type="checkbox"/> Ansiedad               | <input type="checkbox"/> Evitamiento              |
| <input type="checkbox"/> Orinarse en la cama        | <input type="checkbox"/> Maltrato de otros       | <input type="checkbox"/> Descuido                 | <input type="checkbox"/> Torpe                  | <input type="checkbox"/> Confianza                |
| <input type="checkbox"/> Cyber Adiccion             | <input type="checkbox"/> Desafinante             | <input type="checkbox"/> Depresion                | <input type="checkbox"/> Destructivo            | <input type="checkbox"/> problemas con ablar      |
| <input type="checkbox"/> Mariada(o)                 | <input type="checkbox"/> Entusiasmado            | <input type="checkbox"/> Sentimiento de fracaso   | <input type="checkbox"/> Fatiga                 | <input type="checkbox"/> Frustrarse facilmente    |
| <input type="checkbox"/> Alucinacion                | <input type="checkbox"/> Impotencia              | <input type="checkbox"/> Lastimar a los animales  | <input type="checkbox"/> Amenaza Homicida       | <input type="checkbox"/> Amigos imaginarios       |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo                  | <input type="checkbox"/> Irritable               | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Hechar mentiras        | <input type="checkbox"/> Sola                     |
| <input type="checkbox"/> Baja Autoestima            | <input type="checkbox"/> Mal Humor               | <input type="checkbox"/> Pesadillas               | <input type="checkbox"/> Enfermarse a cada rato | <input type="checkbox"/> Oposion                  |
| <input type="checkbox"/> Ataques de panico          | <input type="checkbox"/> Falta de Appetito       | <input type="checkbox"/> Discusion                | <input type="checkbox"/> Tristesa               | <input type="checkbox"/> Egoismo                  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad de Separacion     | <input type="checkbox"/> Establese los incendos  | <input type="checkbox"/> Adiccion Sexual          | <input type="checkbox"/> Comportamiento Sexual  | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir    |
| <input type="checkbox"/> Problemas a la ida al bano | <input type="checkbox"/> Intento Suicida         | <input type="checkbox"/> Amenaza Suicida          | <input type="checkbox"/> Malcriado              | <input type="checkbox"/> Rechinamiento de dientes |
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo           | <input type="checkbox"/> Comportamiento inseguro | <input type="checkbox"/> Pensamientos extranos    | <input type="checkbox"/> Aumento de peso        | <input type="checkbox"/> Perdida de peso          |
| <input type="checkbox"/> Retraido                   | <input type="checkbox"/> Preocupa Excesivamente  |   |   |   |

Otro: \_\_\_\_\_

**Relaciones/Systema de Soporte**

Quiénes son las personas que usted puede acudir para recibir apoyo? \_\_\_\_\_

Cuáles son las cosas que usted disfrute o ha disfrutado haciendo? \_\_\_\_\_

Qué es lo que más aprecian en su vida y por qué? \_\_\_\_\_

Cuando dejando mensajes, puede el empleado identificarse y Agencia llaman desde?  No  Si

Completado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Creado: 6/2012

Formulario de registro de cliente

Pagina 2 of 2

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Client ID: \_\_\_\_\_