

<i>For clinician use:</i>	
CLINICIAN: _____	ICD10 Code: _____
GAF _____ FF _____	INS _____ FS\$ _____ SS _____

**TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primero    Inicial del Segundo Nombre    Apellido

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Seguro social #: \_\_\_\_\_

*(lo puede pedir su seguro médico)*

Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Por favor marque en la caja si da consentimiento para dejarle mensajes en su información de contacto** \*El celular, correo electrónico, u otras formas de comunicación inalámbricas no se consideran seguras. Los correos electrónicos tienen el propósito solamente de concertar citas.

 Teléfono de la casa #: \_\_\_\_\_

 \*Celular #: \_\_\_\_\_

 Otro teléfono #: \_\_\_\_\_

 Teléfono de compañero, madre o padre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

 \*Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Por favor haga una lista de todos los miembros de su familia incluyéndolo a usted:**

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Género	Parentesco con usted	Ocupación/Empleador	Religión

**SamaraCare es una agencia sin fines de lucro, 501(3)c , por favor responda la siguiente información demográfica:**

¿Hasta qué grado ha ido usted a la escuela?	<input type="checkbox"/> 8vo o menos <input type="checkbox"/> Algo de secundaria <input type="checkbox"/> Terminó secundaria	<input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Terminó universidad <input type="checkbox"/> Post-grado
De las siguientes categorías, ¿cuál describe mejor su ingreso familiar total( antes de la deducción de impuestos) durante el año pasado? Por favor incluya todas las fuentes de ingreso (salario y compensación, seguro social, ingreso jubilatorio, inversiones, y otras fuentes).	<input type="checkbox"/> Menos de \$20,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$59,999 <input type="checkbox"/> \$80,000 - \$99,999	<input type="checkbox"/> \$20,000 - \$39,999 <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$79,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más
¿Qué es lo que mejor describe sus antecedentes raciales y étnicos?	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Hispano Negro <input type="checkbox"/> Hispano Blanco <input type="checkbox"/> Etnias múltiples
Número total de gente en la casa: _____		

**POR FAVOR, COMPLETE LA PARTE DE ATRAS DE ESTE FORMULARIO**

¿Consulta con algún otro consejero en este momento?  No  Si, nombre: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido *consejería* o terapia?  No  Si, nombre: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido consejería en SamaraCare?  No  Si, nombre: \_\_\_\_\_

¿Por qué busca consejería en este momento: \_\_\_\_\_

¿Sufre de alguna condición médica de la cual su consejero deba estar al tanto?  No  Si por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Está tomando medicamentos?  No  Si es así, haga una lista de los medicamentos y por qué los toma: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si usted está empleado fuera de su hogar, ¿quién es su empleador? \_\_\_\_\_

¿Usted va a la Iglesia o lugar religioso?  No  Si, nombre/cuidad: \_\_\_\_\_

#### CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor provea el nombre de alguien a quien podamos contactar en caso de una emergencia médica o psiquiátrica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

#### ¿Cómo supo de SamaraCare?

Iglesia/Pastor \_\_\_\_\_ Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Otro cliente \_\_\_\_\_ Sitio Web \_\_\_\_\_

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

#### AGRADECIMIENTO POR HABERLO REFERIDO

SamaraCare valora el reconocimiento que nos han dado los miembros de la comunidad profesional por su confianza en nosotros al haberlo referido, y se lo quisiéramos agradecer. Su firma abajo da permiso para enviar una carta de agradecimiento.

Nombre de la persona que lo refirió: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Su firma: \_\_\_\_\_