



INSTRUCCIONES: El formulario de información sobre la familia debe ser llenado con datos precisos y completos. Por favor contesta todas las preguntas. No dejes ninguna pregunta en blanco. Si algo no aplica por favor escribe N/A (no aplicable).

FECHA DE HOY: _____

¿CÓMO APRENDISTE DE NUESTROS SERVICIOS?

- Agencia Comunitaria Corte Hospital Legal Doctor privado Escuela Si mismo Otra

ESPECIFICA: _____

INGRESO DEL HOGAR:

- \$0 - \$24,999 \$25,000 - \$49,999 \$50,000 - \$99,999 Sobre \$100,000

¿TIENES TRANSPORTACIÓN?

- Si No Clase: _____

I. INFORMACIÓN DE CLIENTE

NOMBRE Y APELLIDO DE PERSONA CON QUIEN VIVE EL JOVEN: _____

RELACIÓN AL JOVEN: _____

Primer Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

Edad

GÉNERO (ESCOGE UNO):

- Femenino Masculino FTM (femenino a masculino transgénero)
 MTF (masculino a femenino transgénero) Otra (por favor indica): _____

RAZA: Blanca Negra Asiático Nativo Americano
 Nativo Hawaiano/Isleño Pacifico Dos o más razas/Multirracial

ETNICIDAD

- Hispano No Hispano

IDIOMA PRINCIPAL HABLADO:

- Inglés Español Francés Criollo
 Otra (por favor indica): _____

NIVEL DE INGLÉS HABLADO:

- Fluido Limitado Nada

¿NECESITA INTÉRPRETE?

- Si No

ESTADO PATERNAL:

- Biológico Adoptivo Padrastro N/A
 Otro (explica): _____

ESTADO CIVIL:

- Casado Divorciado Separado Viudo
 Viviendo Juntos Soltero/Nunca Casado N/A

País de nacimiento

Grado

Escuela

de Estudiante

NIVEL DE EDUCACIÓN:

- Primaria Intermedia Diploma/GED
 Algo de Educación Superior/Asociado Bachiller Maestría
 Doctorado

ESTADO DE EMPLEO:

- Empleado Desempleado
 Jubilado N/A

Dirección Postal

Ciudad

Código Postal

País de nacimiento Dirección Postal Ciudad Código Postal

Posición de Trabajo Empleador # de años empleado

NIVEL DE EDUCACIÓN:

- Primaria Intermedia Diploma/GED
 Algo de Educación Superior/Asociado Bachiller Maestría
 Doctorado

ESTADO DE EMPLEO:

- Empleado Desempleado
 Jubilado N/A

de celular

¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE? Sí No

de trabajo

¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE? Sí No

de hogar

¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE? Sí No

III. OTROS ADULTOS O JÓVENES VIVIENDO EN EL HOGAR

NÚMERO DE PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR: _____

Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento Edad

País de nacimiento Grado Escuela o Empleador Relación al cliente

GÉNERO (ESCOGE UNO):

- Femenino FTM (femenino a masculino transgénero)
 Masculino MTF (masculino a femenino transgénero)
 Otra (por favor indica): _____

RAZA:

- Blanca Nativo Americano
 Negra Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico
 Asiático Dos o más razas/Multirracial

ETNICIDAD:

- Hispano
 No Hispano

Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento Edad

País de nacimiento Grado Escuela o Empleador Relación al cliente

GÉNERO (ESCOGE UNO):

- Femenino FTM (femenino a masculino transgénero)
 Masculino MTF (masculino a femenino transgénero)
 Otra (por favor indica): _____

RAZA:

- Blanca Nativo Americano
 Negra Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico
 Asiático Dos o más razas/Multirracial

ETNICIDAD:

- Hispano
 No Hispano

Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento Edad

País de nacimiento Grado Escuela o Empleador Relación al cliente

GÉNERO (ESCOGE UNO):

- Femenino FTM (femenino a masculino transgénero)
 Masculino MTF (masculino a femenino transgénero)
 Otra (por favor indica): _____

RAZA:

- Blanca Nativo Americano
 Negra Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico
 Asiático Dos o más razas/Multirracial

ETNICIDAD:

- Hispano
 No Hispano

V. CUESTIONARIO: Marque **“actual”** (ultimo 6 meses), **“pasado”**(6 meses o mas), o **“nunca”** a **TODOS** los siguientes artículos citados.

PREOCUPACIONES ESCOLARES	Actual	Pasado	Nunca	CORTE/LEGAL	Actual	Pasado	Nunca
Malas notas/calificaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordenado por corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referido por corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias excesivas/Falta clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Family Violence Intervention (FVIP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultades en leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Juvenile Diversion Alternative (JDAP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repitió un año escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Youth Firesetters Intervention (YFIP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detención escolar/referidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Youth Court</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expulsión escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Departamento de niños y familias (DCF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referido por la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participación de familia en sistema legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausente excesivas a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PREOCUPACIONES DE CONDUCTA	Actual	Pasado	Nunca	PREOCUPACIONES EMOCIONALES	Actual	Pasado	Nunca
Comportamiento llamativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansioso/Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrespetuoso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disruptivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duelo/Pérdida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno alimenticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamiento homicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enciende fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abusa/lastima a los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos de suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperactivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES SOCIALES	Actual	Pasado	Nunca
Impulsivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimida a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimidado por otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físicamente agresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mala vecindad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa profanidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juega excesivamente videojuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huye del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión de grupo/amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño a si mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoestima baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento sexual inapropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal uso de red sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destreza sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se retira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUSO DE SUSTANCIAS	Actual	Pasado	Nunca	PREOCUPACIONES DE FAMILIA	Actual	Pasado	Nunca
Uso de alcohol				Violencia domestica			
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de drogas				Abuso emocional			
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Encarcelación			
				<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Preocupaciones de salud física			
				<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREOCUPACIONES DE FAMILIA	Actual	Pasado	Nunca	CARACTERISTICAS POSITIVAS	Actual	Pasado	Nunca
Preocupaciones de salud mental				Tiene un mejor amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividades comunitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividades extra-curriculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mantiene contacto con parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negligencia				La familia se divierte juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buenas calificaciones/notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maneja bien el estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene pasatiempos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso físico				Inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le agrada la escuelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le agradan los maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padres apoyan uno al otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupaciones como padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigos positivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padres divorciados/separados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vecindad segura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual				Eficaz resolviendo problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espiritual o religioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo de tiempo parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivalidad entre hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Armas en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Embarazo/Parto de joven							
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<i>Otro miembro de la familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Otras preocupaciones (joven/familia):

Otras características positivas (joven/familia):

¿Qué cambios esperas participando en nuestros servicios?

VI. CONSENTIMIENTO PARA EL ASESORAMIENTO DE ADMISION:

Mi firma abajo indica que doy mi consentimiento para participar en el proceso de asesoramiento de admisión con el Departamento de Youth Services.

El Departamento de Youth Services provee experiencia clínica para los graduados en consejería de salud mental, terapia de matrimonio y familia, trabajo social clínico, y psicología para obtener su licencia. El estudiante tiene los derechos de administrar servicios mientras que están bajo supervisión de un profesional licenciado de salud mental.

Estoy de acuerdo que el asesoramiento de admisión sea completado por un estudiante. Sí No

Nombre de joven

Firma de joven

Nombre de padre

Firma de padre

Nombre de padre

Firma de padre