

*When you need a hand...*

## *Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

Office 562-467-6978

www.ChristianTherapyHelps.com

Fax 562-467-6977

---

### Información del Cliente Forma 1

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

**Nota:** Si antes ha sido un paciente, por favor solo llene la información que ha cambiado.

#### A. Identificación

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Apodos o alias: \_\_\_\_\_ Número de Celular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Llamadas o e-mails serán hechas discretamente, pero por favor indique cualquier restricción: \_\_\_\_\_

#### B. Referencia: ¿Quién le dio mi nombre para llamar?

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

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

¿Tengo su permiso para agradecer esta persona?  Sí  No

¿Cómo le explico como lo podría ayudar? \_\_\_\_\_

---

#### C. Identificación religiosa y racial/étnica

¿Creció con una tradición religiosa? \_\_\_\_\_

¿Si es así, con qué tipo de tradición religiosa?  Cristiana  Católica  Judía  Islámica  Budista  Hindú

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Su denominación/afiliación religiosa actual  Cristiana  Católica  Judía  Islámica  Budista  Hindú

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Participación:  Ninguna  Alguna/irregular  Activa

¿Qué importante son temas espirituales en su vida? \_\_\_\_\_

¿A cuál (si alguna) iglesia, sinagoga, templo, o junta participa? \_\_\_\_\_

Etnicidad/origen nacional: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ o otra manera similar  
en cual se identifique y considera importante: \_\_\_\_\_

#### D. Su atención médica: ¿De quién o de donde recibe su atención médica?

Clínica/nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

18000 Studebaker Road, Suite 700 ♦ Cerritos, California 90703

Información del Cliente

Página 1 de 4

*When you need a hand...*

## *Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

---

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Si usted empieza tratamiento conmigo para problemas psicológicas, podría decirle a su doctor para que él o ella este informado y podríamos coordinar su tratamiento?  Si  No

### **E. Su empleador actual**

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ o otra manera de comunicación \_\_\_\_\_

Llamadas serán hechas discretamente, pero por favor indique cualquier restricción: \_\_\_\_\_

### **F. Información de emergencia**

¿Si hay algún tipo de emergencia y no podemos contactarlo directamente, o necesitamos contactar a alguien cercano a usted, a quién llamamos?

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **G. Su educación y entrenamiento**

| Fechas                           | Escuelas | ¿Clases especiales?/Adaptación a la escuela |
|----------------------------------|----------|---|
| ¿Cuándo empezó? - ¿Cuándo acabo? |          | ¿Se graduó?                                 |

### **H. Empleo y experiencias militares**

| Fechas                           | Nombre de empleadores | Profesión/deberes | Razón por dejar este trabajo |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------|------------------------------|
| ¿Cuándo empezó? - ¿Cuándo acabo? |                       |                   |                              |

### **I. Historia de su familia de origen**

| Pariente | Nombre | Edad Actual              | Enfermedades                      | Educación | Ocupación |
|----------|--------|--------------------------|-----------------------------------|-----------|-----------|
|          |        | (o edad cuando falleció) | (o causa de la muerte si difunto) |           |           |

Padre

Madre

Hermanos

*When you need a hand...*

*Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

---

Hermanas

**I. Historia de su familia de origen**

| Paciente | Nombre | Edad Actual<br>(o edad cuando falleció) | Enfermedades<br>(o causa de la muerte si difunto) | Educación | Ocupación |
|----------|--------|---|---|-----------|-----------|
|----------|--------|---|---|-----------|-----------|

Padrastros

Abuelos

Tios/Tias

Otros

**J. Historia matrimonial/historia de su relación**

|  | Nombre de su esposo/a | Edad de su esposo/a | Su edad | Edad de su esposo/a cuando se casaron y su edad cuando se casaron |
|--|-----------------------|---------------------|---------|---|
|--|-----------------------|---------------------|---------|---|

Primero

Segundo

Tercero

**K. Relaciones fuera del matrimonio significantes**

|  | Nombre de la persona | Edad de la persona durante la relación | Su edad durante la relación | Razones por cual se acabó la relación |
|--|----------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|
|--|----------------------|--|-----------------------------|---------------------------------------|

Primero

Segundo

Tercero

Actual

**L. Hijos** (Indique hijos de un matrimonio o relación previa con "P" en la última columna)

| Nombre | Edad Actual | Sexo | Escuela | Grado | P |
|--------|-------------|------|---------|-------|---|
|--------|-------------|------|---------|-------|---|

*When you need a hand...*

*Schwarz and Associates*

A Christian Marriage and Family Counseling Practice

---

**M. ¿Cuál es la razón por cual está buscando consejería en este momento?**

*Este es una historia médica confidencial del paciente. Divulgación o transferencia es prohibido por la ley.*