



INSTRUCCIONES: Por favor llene el formulario precisamente y completamente. Por favor conteste todas las preguntas.

Fecha de Hoy: _____

de Cliente: _____

Información de Adulto/Joven Mayor (18-22)

Primer Nombre _____ Inicial M. _____ Apellido _____

Nombre de Preferencia _____ Pronombre Preferido(s): _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____

de Celular _____ Podemos llamar o dejar un mensaje? Sí No

de trabajo _____ Podemos llamar o dejar un mensaje? Sí No

Email: _____ Podemos enviarle las formas? Sí No

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ País de Nacimiento: _____

Completar si aplica:

Grado: _____ Escuela: _____ # de Estudiante _____

POR FAVOR MARQUE UNO

Identificación de Género:	Femenino	Masculino	Genero No Listado _____ (por favor especifique)	
Raza:	Blanca Negra	Asiática Nativa Americana	Nativa Hawaiana/Isleña Pacífica Dos o Más/Multirracial _____ (por favor especifique)	
Etnicidad:	Hispano/Latino	No-Hispano/Latino		
Idioma Principal Hablado:	Inglés	Español	Francés	Criollo Otro (por favor especifique) _____
Nivel de Inglés Hablado:	Fluido	Limitado	Ninguno	
¿Necesita Intérprete?	Sí	No		
Estado Paternal:	Biológico Otro (Por favor Especifique) _____	Adoptivo	Foster	Padrastro N/A
Estado Civil:	Casado Viviendo Juntos	Divorciado Soltero/Nunca casado	Separado Viudo	
Nivel de Educación:	Escuela Primaria Algo de Educación Superior/Asociado	Escuela Intermedia Bachillerato	Diploma/GED Maestría	Doctorado
Estado de Empleo:	Empleado	Desempleado	Retirado	



Información General

Ingreso del Hogar: (marque uno) \$0-24,999 \$25,000-49,000 \$50,000-99,000 Sobre \$100,000

¿Tiene transportación? (marque uno) Sí No Si no, tipo (ejemplo, autobús, Uber, taxi) _____

¿Cómo se enteró de nuestros servicios? (marque uno) Agencia Comunitaria Corte Hospital Cliente
anterior Practica Privada Internet Escuela Otro (por favor especifique) _____

Preocupación(es) Principal(es)/Razones por las que busca tratamiento:

- 1) _____ 2) _____
- 3) _____ 4) _____

¿Qué es lo que espera que cambie por participar en nuestros servicios? _____

Fortalezas de la Familia:

- 1) _____ 2) _____
- 3) _____ 4) _____

Historia Medica/Psiquiátrica/Servicios Escolares

¿Está el joven actualmente tomando medicamentos recetados? (marque uno) No Sí Listar: _____

¿En el pasado, el joven ha tomado medicamentos recetados? (marque uno) No Sí Listar: _____

Esta el joven/familia recibiendo servicios de otro profesional/agencia? (marque uno) No Sí

Listar: _____

En el pasado, el joven/la familia ha recibido servicios de otro profesional/agencia? (marque uno) No Sí

Listar: _____

¿El joven tiene un historial de hospitalizaciones psiquiátricas? (marque uno) No Sí

En caso afirmativo, escriba las fechas y razones: _____



Cuestionario de Historia Juvenil y Familiar

Por favor responde TODAS las preguntas.

Actual = dentro de los últimos 6 meses

Pasado = más de 6 meses



PREOCUPACIONES ESCOLARES	Actual	Pasado	Nunca	CORTE/ LEGAL	Actual	Pasado	Nunca
Malas notas/calificaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordenado por la corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandono de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referido por la corte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencias excesivas/ Falta a 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 para 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 Firesetter Intervention (YFIP)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detenciones escolares/ referidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Corte Juvenil</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expulsión escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Referido por el 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"/>
Ausencias excesivas a la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES EMOCIONALES	Actual	Pasado	Nunca
PREOCUPACIONES DE CONDUCTA	Actual	Pasado	Nunca	Ansioso/Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta de búsqueda de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrespetuoso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duelo/ Pérdida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disruptivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos Homicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno/problema alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento suicida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enciende fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abusa/lastima a los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES SOCIALES	Actual	Pasado	Nunca
Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimida a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimidado por otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vecindario peligroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físicamente agresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juega videojuegos excesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa profanidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión de grupo/amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huye de lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoestima baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño a si mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal uso de redes sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento sexual inapropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema con las actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos/problemas del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se retira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defeca en la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA	Actual	Pasado	Nunca
Roba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violencia Domestica			
Orina en la ropa o cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbalmente agresivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUSO DE SUSTANCIAS	Actual	Pasado	Nunca	<i>Otro Miembro de la Familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación por el consumo de alcohol				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"/>
Preocupación por el consume de drogas				Encarcelamiento			
<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"/>
				Preocupaciones de la 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 LA FAMILIA	Actual	Pasado	Nunca	ALOJAMIENTO	Actual	Pasado	Nunca
Preocupaciones de la salud mental				Hotel/Motel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Albergue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad de Vivienda Compart.	<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"/>	Espacio no diseñado para vivienda humana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negligencia				CARACTERISTICAS POSITIVAS	Actual	Pasado	Nunca
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mejor amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actividades comunitarias	<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"/>	Actividades extra-curriculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso Físico				Mantiene contacto con parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La familia se divierte junta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buenas notas/calificaciones	<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"/>	Maneja bien el estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupaciones como padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pasatiempos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padres divorciados/separados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual				Le agrada la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le agradan los maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Padres apoyan el uno al otro	<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"/>	Amigos positivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rivalidad entre hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vecindario seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armas en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eficaz resolviendo problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo/Parto de joven				Espiritual o Religioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Joven</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Padres</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabaja medio tiempo	<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"/>				

¿Me gustaría recibir información de los siguientes servicios del Condado? *(marque todo lo que corresponda)*

Programas de Tutoría Future Leaders United for Change Becas para Campamentos de Verano Autoridad de Vivienda
 Servicios a la Comunidad (Comida, Utilidades, Asistencia Laboral, Uso de Sustancias) Otro: _____

Consentimiento para los Servicios de Evaluación de Admisión

Mi firma abajo indica que doy mi consentimiento para participar en los servicios de evaluación de admisión con el departamento de Servicios Juveniles. El Departamento de Servicios Juveniles provee entrenamiento a estudiantes de consejería en salud mental, terapia de matrimonio y familia, trabajo social clínico y estudiantes graduados y postgraduados en psicología en busca de experiencia clínica para la licencia. Aprendices pueden proveer servicios bajo la supervisión de profesionales licenciados en la salud mental.

Estoy de acuerdo que el servicio de evaluación de admisión sea completado por un aprendiz (marque uno): **Si** **No**

Nombre Impreso

Firma

Fecha