



Centro de Consejería Psicoterapéutica



152 Jericho Tpke  
Westbury, NY 11590  
516-457-1142

### FORMULARIO DE CONSULTA INICIAL

NOMBRE \_\_\_\_\_  
Apellidos                      Primer Nombre      Segundo Nombre      Fecha de Nacimiento

DIRECCION \_\_\_\_\_  
Calle                              Ciudad                      Estado      Código Postal      Teléfono

OCUPACION \_\_\_\_\_  
Teléfono

#### ESTADO CIVIL

Soltero       Casado       Divorciado       Separado       Viudo       Otro

#### NOMBRE DEL CONYUGE

\_\_\_\_\_

#### HIJOS(AS)

Nombre	Sexo	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

AFILIACION RELIGIOSA \_\_\_\_\_

¿Ha participado usted (o algún miembro de su familia) en consejería antes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Razones: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de buscar consejería ahora? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién le refirió a nuestro Centro de Consejería? \_\_\_\_\_

¿Está usted en tratamiento con otro consejero actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con quién? \_\_\_\_\_

¿Está usted en atención médica por problemas de salud física? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Medicamentos que está usando: \_\_\_\_\_

Persona para contactar en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

He leído y entiendo el formulario de consentimiento,

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (o representante si es un menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha