

## Centro de Consejería "Julianna Poor" de Primera Iglesia Bautista de Houston (HFBC)

Nos sentimos honrados por su decisión en buscar ayuda profesional en nuestro Centro de Consejería. Este programa tiene como objetivo el glorificar a Jesucristo y promover comportamientos y pensamientos cristianos. La consejería que nosotros proveemos, pastoral y profesional, son bajo los principios bíblicos con un apoyo/combinación de técnicas psicológicas.

Sus respuestas nos ayudaran como una breve introducción de su persona. Toda información dada por usted será confidencial. Si alguna pregunta no está relacionada con usted, escriba "NA" significando "No se Aplica".

Fecha \_\_\_\_\_

Consejero \_\_\_\_\_

### **Información del Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Celular/Pager \_\_\_\_\_

Número Seguro Social (#SS): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Responsable de Pagos: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nuestros servicios/ministerio? \_\_\_\_\_

Describe en breve la razón de su visita de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Información Social:**

Nombre del padre (madre)/tutor (incluyendo padrastros): \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_ soltero \_\_\_\_ casado \_\_\_\_ separado \_\_\_\_ divorciado otro \_\_\_\_\_

Años de Casado(s): \_\_\_\_\_ Años de Separado/Divorciado: \_\_\_\_\_

Matrimonio(s) Previo(s): Madre: \_\_\_\_\_ vez/veces Fecha(s): \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ vez/veces Fecha(s): \_\_\_\_\_

Su hijo vive actualmente con: \_\_\_\_\_ ¿Cómo describe la situación en como vive su hijo(a) en este tiempo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si los padres del niño(a) se encuentran separados/divorciados, ¿cuáles son los arreglos de custodia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién de los padres autoriza el que el niño pueda buscar y recibir terapia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nivel de Educación: de la madre \_\_\_\_\_ del padre \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de la madre: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Tiempo que ha trabajado ahí: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del padre: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Tiempo que ha trabajado ahí: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela de su hijo(a): \_\_\_\_\_ Año que cursa: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo algún **problema de conducta o académico** en la escuela? Sí, \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso de sí, marque lo que se aplique: \_\_\_poca atención \_\_\_no completa o entregar tareas \_\_\_bajas o reprobación calificaciones \_\_\_argumentos \_\_\_rehúsa a seguir instrucciones \_\_\_pleitos/peleas \_\_\_visitas al director \_\_\_problemas de aprendizaje, otros (describa) \_\_\_\_\_

¿Se han presentado problemas de comportamiento en otros lugares fuera de la escuela? \_\_\_Sí, \_\_\_No En caso de sí, marque lo que se aplique: \_\_\_argumentos \_\_\_impulsividad \_\_\_rehúsa seguir instrucciones \_\_\_pleitos frecuentes con hermanos \_\_\_pleitos/peleas \_\_\_rehúsa hacer sus deberes en casa \_\_\_ha disminuido/incrementado su apetito \_\_\_ha disminuido/incrementado su sueño \_\_\_moja la cama al dormir \_\_\_inicia fuegos \_\_\_daño/maltrato a animales

### Información Médica:

¿Tiene su hijo algún problema médico? \_\_\_Sí \_\_\_No, En caso de sí, favor de describirlo: \_\_\_\_\_

Médico que lo atiende: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Ultimo visita médica \_\_\_\_\_  
Escriba los medicamentos y dosis que esté tomando actualmente, razón (incluyendo vitaminas, hierbas o medicamentos sin receta). \_\_\_\_\_

¿Durante su embarazo o parto tuvo algún problema? \_\_\_Sí \_\_\_No, En caso de sí, favor de describirlo: \_\_\_\_\_

¿Hubo algún atraso en el desarrollo de su hijo? \_\_\_Sí \_\_\_No, En caso de sí, favor de describirlo: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez consejería/terapia anteriormente? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo, y cual fue la razón? \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún familiar suyo que tenga historial de depresión u otros problemas similares? (por ejemplo, ansiedad) \_\_\_No \_\_\_Sí, Describalo: \_\_\_\_\_

¿Usted o algún familiar suyo tiene historial de uso de alcohol y/o drogas? \_\_\_No \_\_\_Sí, en caso de ser sí, describalo: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna historia de abuso físico o sexual? \_\_\_No \_\_\_Sí En caso de sí, favor de describirlo: \_\_\_\_\_

En caso de ser así, ¿ha sido reportado a las autoridades apropiadas? \_\_\_Sí \_\_\_No \_\_\_\_\_

### Información de su Iglesia

Nombre de la iglesia que usted es miembro:

Su persona: \_\_\_ Miembro de Primera Iglesia Bautista de Houston (HFBC)  
\_\_\_ Se encuentra visitando la Primera Iglesia Bautista de Houston (HFBC)  
\_\_\_ Asiste alguna otra iglesia, Nombre: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Su esposo(a): \_\_\_ Miembro de Primera Iglesia Bautista de Houston (HFBC)  
\_\_\_ Se encuentra visitando la Primera Iglesia Bautista de Houston (HFBC)  
\_\_\_ Asiste alguna otra iglesia, Nombre: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_

Asistencia a la Escuela Dominical

Su persona: \_\_\_\_\_ regularmente \_\_\_\_\_ esporádicamente \_\_\_\_\_no asiste

Su esposo(a): \_\_\_\_\_ regularmente \_\_\_\_\_ esporádicamente \_\_\_\_\_no asiste

¿Cómo describe la relación personal de su hijo con Dios? \_\_\_\_\_