

**Lesson #2 Practice Activity:** PERSONAL INFORMATION FORM (*Formulario de Información Personal*)

Directions: Pretend that you are a client responding in Spanish by filling in the blanks on the following form.

## Información Personal

Favor de llenar este formulario. Esta información es **confidencial** y para uso de esta clínica y **no** será distribuida a ninguna persona o grupo sin su consentimiento por escrito.

### Información del Cliente

Nombre del Cliente      Fecha de Nacimiento      Edad      Sexo      Raza/Grupo Étnico

Dirección de Casa: Calle, # de Apt.      Ciudad, Código Postal      Orientación Sexual

Número de Teléfono de Casa      Número de Teléfono del Trabajo      Si menor de 18 años,  
nombre del Guardián

Número de Teléfono Celular      Correo Electrónico

¿Se pueden dejar mensajes en estos números de teléfono o correo electrónico?   SI   NO

Nombre de Un Contacto En Caso De Emergencia      Número de Teléfono      Relación

Nombre de La Persona Que Lo/a Refirió

Brevemente explique el dilema o situación que lo/a trajo hoy:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué tipo de terapia busca?    Individual    De parejas    Familiar    Grupal

### Persona Asegurada

Nombre Social      Fecha de Nacimiento      Número del Seguro

Dirección: calle, # de apt, ciudad, estado, código postal      Número de Teléfono

Nombre del Seguro o Aseguranza

Número de Teléfono

**Información Familiar**

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ En una relación \_\_\_\_\_ Divorciado/a  
\_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a

Idiomas además de español: \_\_\_\_\_

Preferencia Religiosa (Opcional): \_\_\_\_\_

**Información de Educación y Trabajo**

¿Es estudiante? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

Nombre de la última escuela que asistió: \_\_\_\_\_

Grado escolar más alto: \_\_\_\_\_ Título y/o máxima especialidad: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de aprendizaje? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Si la respuesta es sí, favor de explicar brevemente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta actualmente: \_\_\_\_\_ Trabajando \_\_\_\_\_ Desempleado/a \_\_\_\_\_ Retirado/a \_\_\_\_\_

Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Salario Anual: \_\_\_\_\_

**Informacion De Salud**

Nombre del médico del cliente

Número de teléfono del médico

¿Está bajo el cuidado de un médico? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO Si la respuesta es sí, ¿por qué razón?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lista de medicamentos que actualmente está tomando:

Medicamento	Dosis	Recetada Por

¿Ha recibido consejería o psicoterapia en el pasado?      SI      NO

Si la respuesta es sí, ¿a quién vio?

¿A quién vio?	Fechas	¿Por qué razón?