

**Información Confidencial**

**HOJA DE INFORMACION DE LOS PADRES**

Nombre del paciente referido para asesoramiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy. \_\_\_\_\_

**Por favor complete la información para cada padre o padrastro que viva con el paciente:**

Nombre \_\_\_\_\_ Madre  Madrastra  Fecha de nacimiento- \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera o previo cónyuge \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Teléfono-Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ horas de trabajo. \_\_\_\_\_

Por favor marque uno: Casada  matrimonio de nuevo  Separada  Divorciada   
Soltera  Viuda  Viviendo Juntos

Si está casada ¿cuanto tiempo tiene de casada? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos años de educación ha completado? \_\_\_\_\_

¿Recibió usted alguna educación especial en la escuela? \_\_\_\_\_

Estado de empleo: Empleado (tiempo completo)  Empleado (medio tiempo)  Desempleado  Retirado

Si esta empleado, ¿Qué tipo de trabajo desempeña? \_\_\_\_\_

Por favor marque uno: Raza: Blanco  Afro-americano  Indio Americano  Hispano   
Oriental  Asiático  Otro  \_\_\_\_\_

Si usted ha recibido tratamiento o asesoramiento mental por favor indique dónde y cuándo. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Padre  Padrastro  Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono- Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ horas de trabajo \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social. \_\_\_\_\_

Por favor marque uno: Casado  matrimonio de nuevo  Separado  Divorciado   
Soltero  Viudo  viviendo juntos .

¿Cuantos años de educación ha completado? \_\_\_\_\_

¿Recibió usted alguna educación especial en la escuela? \_\_\_\_\_

Estado de empleo: Empleado(tiempo completo)  Empleado (medio tiempo)  Desempleado  Retirado

Si esta empleado, ¿Qué tipo de trabajo desempeña? \_\_\_\_\_

Por favor marque uno: Raza: Blanco  Afro-americano  Indio Americano  Hispano   
Oriental-Asiático-  Otro.  \_\_\_\_\_

Si usted ha recibido tratamiento o asesoramiento mental por favor indique dónde y cuándo. \_\_\_\_\_

Si su seguro médico no es Medicare o Medicaid por favor complete la siguiente sección.

Nombre del primer asegurado: \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Numero del plan o grupo: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_