

California Lutheran University
Servicios de Consejería Comunitaria (CCS)
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Fecha _____

Nombre _____

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección: _____

Podemos mandar correo: Si No

Número de teléfono: _____ Podemos dejar mensaje de voz: Yes No

Información del cliente

1. Condado

- Condado de Los Ángeles
- Condado de Ventura
- No incluido, Especifique:

2. Estado civil:

- Soltero(a)
- Casado(a)/ Unión civil
- Divorciado(a) / Separado(a)
- Viudo(a)

3. Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Intersexual

4. Identidad de género:

- Masculino
- Femenino
- Mujer a Hombre / transgénero masculino/ hombre trans
- Hombre a mujer / transgénero femenino / mujer trans
- Genderqueer
- Género no conforme
- Cuestionando(a)
- No incluido, Especifique:

5. ¿Cómo desea ser mencionado/a (pronombres)?

- él
- ella
- ellos
- No incluido, Especifique:

6. Orientación sexual:

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando(a)
- No indicada, especifique:

7. Raza / Etnicidad:

- Indio(a) Americano(a)/ Nativo Americano(a)/ Nativo(a) de Alaska
- Asiático(a) Americano(a)
- Afro- Americano(a)
- Latino(a) / Patrimonio español
- Mediooriental/Norteafricano
- Multirracial, especifique:

- Nativo(a) de Hawái / Otro isleño Pacífico
- Blanco(a) / Descendencia Europea
- No incluido, Especifique:

8. Afiliación religiosa:

- Agnóstico
- Ateísta
- Budista
- Católico
- Cristiano
- Hindú
- Testigo de Jehová

- Judío
- Mormón
- Musulmán
- No incluido, Especifique:

9. Quién lo/la refirió a los servicios (Marque todos los que correspondan)

- Yo mismo/a
- Amigo/a
- Miembro de la familia
- Sistema de la corte
- Agencia (e.g., Servicios Sociales, Interface), Especifique:

- Consultorio de un médico o un terapeuta, Especifique:

- No incluido, Especifique:

10. ¿Cómo aprendiste sobre los servicios?

- Presentación
- Folletos / Panfletos
- Sitio web
- Medios de comunicación social
- Referencia Directa (e.g., persona, agencia), Especifique:

- Publicidad en Bus
- Publicidad de Cine
- No incluido, Especifique:

11. Nivel más alto de educación:

- Un poco de educación completada
- Graduado(a) de la escuela secundaria/GED
- Título asociado
- Licenciatura
- Título de maestría
- Título profesional/vocacional
- Doctorado

12. Estado de empleo:

- Empleado(a); autónomo(a)
- Desempleado(a), buscando trabajo
- Desempleado(a), por el momento no estoy buscando trabajo
- Estudiante de tiempo completo
- Estudiante de medio tiempo
- Jubilado(a)

Si tiene empleo:

- Ocupación: _____
- Horas por semana _____

13. Discapacidad (cognitiva, física, sensorial):

- Si
- No

En caso de discapacidad, por favor especifique:

14. Por favor marque todo lo que aplique

- Primera generación estudiante de colegio
- Aplicación de la Ley/ Fuerzas Policiales
- Departamento de Bomberos
- Paramédico/ Técnico de Emergencias Médicas (EMT)
- Servicio Activo o Reservas (e.g., militares)
- Veterano(a)

15. Ingreso anual del hogar antes de impuestos (bruto):

- Menos de \$16,999
- \$17,000 - \$24,999
- \$25,000 - \$49,999
- \$50,000 - \$99,999
- \$100,000+

16. Por favor marque todo lo que se aplica a usted:

- Dificultades académicas
- Ansiedad
- Intimidación/ Discriminación / Acoso
- Problemas crónicos de salud / manejo del dolor
- Depresión / Tristeza
- Consumo / abuso de drogas o alcohol
- Problemas de empleo
- Problemas financieros
- Preocupaciones de identidad de género
- Pesadumbre/ Duelo/ Pérdida
- Pensamientos o comportamiento homicidas
- Pareja Intima / Violencia Domestica
- Problemas legales
- Cambios de humor
- Dificultades con crianza de sus hijos
- Problemas de relación
- Preocupaciones de orientación sexual
- Pensamientos o Comportamiento de Suicidio
- No incluido, especifique: _____

17. ¿Requiere que los servicios se proporcionen en un idioma distinto al inglés?: _____

18. ¿Tienes hijos? Sí No

En caso que Si, Nombres

Fecha de nacimiento

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono (Incluyendo el código de área): _____