

## Hoja de Información de Niño(a)/Adolescente

### ESTA PARTE SERA COMPLETADA POR GUARDIAN (ES)/ PADRE (S)

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)/adolescente \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono celular ( ) \_\_\_\_\_

Otro teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad y País de Nacimiento \_\_\_\_\_

#### Raza/Etnicidad:

- India Americana / Nativo Americana / Nativa de Alaska
- Asiática / Asiática Americana
- Negra / Africana Americana
- Latino(a) / Patrimonio español
- Multirracial, especifique: \_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái / Otro isleño Pacífico
- Blanca / Descendencia europea
- No mencionada, Especifique: \_\_\_\_\_

**Grado actual en la escuela** (Si es verano, escriba el grado que el/la niño(a) comenzara en Septiembre): \_\_\_\_\_

**¿Recibe su hijo servicios de educación especial en la escuela?**  Sí  No

**Si sí, por favor marque lo que llevó a elegibilidad de servicios:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia auditiva          | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Desorden de atención          | <input type="checkbox"/> Discapacidad de motor       |
| <input type="checkbox"/> Espectro del autismo          | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual         |
| <input type="checkbox"/> Condición de la salud crónica | <input type="checkbox"/> No mencionado, especifique  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad emocional          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual      |  |

**¿Su hijo actualmente toma cualquier medicamento recetado?**  Sí  No

Si es así, por favor indique el nombre del/los medicamento(s) y dosis:

---

---

**INFORMACION ACTUAL DE LA FAMILIA:**

¿Con quién vive el/la niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Hay órdenes de custodia de menores? \_\_\_\_\_

Haga una lista de los hermanos(as) del/ la Niño(a) / Adolescente (indique si son hermanastros):

Nombre:	Edad:	Escuela u Ocupación:	Grado	¿Vive en casa?
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No

Otros que viven en el hogar (y su relación):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. . \_\_\_\_\_

**Padre o Madre/Guardián 1:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Relación con el/la menor:**  Padre/Madre biológico(a)  Padrastro/Madrastra  Padre Adoptivo

Pariente  Otro, por favor liste \_\_\_\_\_

**1. Condado**

- Condado de Los Ángeles
- Condado de Ventura
- No mencionado, 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
- No mencionado, Especifique:  
\_\_\_\_\_

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

- él
- ella
- ellos
- No mencionado, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**6. Orientación sexual:**

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- No mencionado, especifique:  
\_\_\_\_\_

**7. Raza / Etnicidad:**

- India Americana/ Nativo Americana/ Nativa de Alaska
- Asiática / Asiática Americana
- Negra / Africana Americana
- Latino(a) / Patrimonio español
- Multirracial, especifique:  
\_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái / Otro isleño Pacífico
- Blanca / Descendencia europea
- No mencionada, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**8. Afiliación religiosa:**

- Agnóstica
- Ateísta
- Budista
- Católica
- Cristiana
- Hindú
- Testigo de Jehová
- Judía
- Mormón
- Musulmán

- No mencionado, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**9. Quién lo/la refirió a CCS (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 mencionado, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**10. ¿Cómo aprendiste sobre CCS?**

- Presentación
- Folletos / Panfletos
- Sitio web
- Medios de comunicación social
- Referencia Directa (e.g., persona, agencia), Especifique: \_\_\_\_\_
- No mencionado, Especifique:  
\_\_\_\_\_

**11. Mayor nivel 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 o mas

**Padre o Madre/Guardián 2:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Relación al/ a la menor:**  Padre/Madre biológico(a)  Padrastro/Madrastra  Padre Adoptivo  Pariente  
 Otro, por favor liste \_\_\_\_\_

**1. Condado**

- Condado de Los Ángeles
- Condado de Ventura
- No mencionado,  
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
- No mencionado,  
Especifique: \_\_\_\_\_

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

- él
- ella
- ellos

- No mencionado,  
Especifique: \_\_\_\_\_

**6. Orientación sexual:**

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- No mencionado,  
especifique: \_\_\_\_\_

**7. Raza / Etnicidad:**

- India Americana/ Nativo  
Americana/ Nativa de  
Alaska
- Asiática / Asiática  
Americana
- Negra / Africana Americana
- Latino(a) / Patrimonio  
español
- Multirracial, especifique:  
\_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái / Otro  
isleño Pacífico
- Blanca / Descendencia  
europea
- No mencionada,  
Especifique: \_\_\_\_\_

**8. Afiliación religiosa:**

- Agnóstica
- Ateísta
- Budista
- Católica
- Cristiana
- Hindú
- Testigo de Jehová
- Judía

- Mormón
- Musulmán
- No mencionado,  
Especifique: \_\_\_\_\_

**9. Quién lo/la refirió a CCS (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 mencionado,  
Especifique: \_\_\_\_\_

**10. ¿Cómo aprendiste sobre CCS?**

- Presentación
- Folletos / Panfletos
- Sitio web
- Medios de comunicación  
social
- Referencia Directa (e.g.,  
persona, agencia),  
Especifique: \_\_\_\_\_
- No mencionado,  
Especifique: \_\_\_\_\_

**11. Mayor nivel de educación:**

- Un poco de educación  
completada

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Graduado(a) de la escuela secundaria/GED | <input type="checkbox"/> Título de maestría            |
| <input type="checkbox"/> Título asociado                          | <input type="checkbox"/> Título profesional/vocacional |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura                             | <input type="checkbox"/> 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 o mas