

Universidad Luterana de California Servicios de Consejería Comunitaria (CCS)

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 _____

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, |
| <input type="checkbox"/> Dificultad emocional | especifique _____ |
| <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? _____

Por favor 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

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Demografía de niño(a)/adolescente

1. Condado

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

2. Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Intersexual

3. Identidad de género:

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

**4. ¿Cómo quiere su
niño(a) ser
mencionado/a
(Pronombres)?**

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

5. Orientación sexual:

- Bisexual

- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- Desconocida
- No incluida, especifique:

6. 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 incluida, Especifique:

7. Afiliación religiosa:

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

- Mormón
- Musulmán
- Desconocida
- No incluida, Especifique:

**8. Quién lo/la refirió a CCS
(Marque todos los que
apliquen)**

- 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:

**9. Cómo aprendió usted sobre
CCS?**

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

- No incluido, Especifique:

**10. Actividades extracurriculares /
Trabajo a tiempo parcial**

11. 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

Marque los que mejor describan por qué está buscando consejería para su hijo(a):

- Dificultades académicas
- Ansiedad
- Bullying / Discriminación / Acoso
- Problemas crónicos de salud / Problemas de manejo de dolor
- Depresión / Tristeza
- Consumo / abuso de drogas o alcohol
- Problemas de empleo
- Problemas financieros
- Preocupaciones de identidad de género
- Duelo
- 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
- No incluido, especifique: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

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

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 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
- No incluido, Especifique:

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

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

6. Orientación sexual:

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- No indicada, 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 indicada, 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 aprendió usted 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 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 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
- No incluido, Especifique:

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

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

6. Orientación sexual:

- Bisexual
- Gay
- Heterosexual (Derecho)
- Lesbiana
- Pansexual
- Queer
- Cuestionando
- No indicada, 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 indicada, 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 aprendió usted 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