

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/adolescente _____

Fecha de nacimiento _____

	Relación con el niño	Podemos dejar mensaje:
Teléfono () _____	_____	☐ Sí ☐ No
Teléfono () _____	_____	☐ Sí ☐ No
Teléfono () _____	_____	☐ Sí ☐ No
Dirección: _____ _____	Podemos mandar correo: ☐ Si ☐ No	

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

- | | |
|--|--|
| ☐ Deficiencia auditiva | ☐ Discapacidad de aprendizaje |
| ☐ Desorden de atención | ☐ Discapacidad de motor |
| ☐ Espectro del autismo | ☐ Discapacidad visual |
| ☐ Condición de la salud crónica | ☐ No mencionado, |
| ☐ Dificultad emocional | especifique _____ |
| ☐ 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? _____

¿Existe una tutela?? _____

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
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				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
- ☐ Lesbiana

- ☐ Pansexual
- ☐ Queer
- ☐ Cuestionando(a)
- ☐ Desconocida(a)
- ☐ No indicada,
especifique:

6. 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:

7. Afiliación religiosa:

- ☐ Agnóstico
- ☐ Ateísta
- ☐ Budista
- ☐ Católico
- ☐ Cristiano
- ☐ Hindú
- ☐ Testigo de Jehová
- ☐ Judío
- ☐ Mormón
- ☐ Musulmán
- ☐ Desconocido(a)

- ☐ No incluido, Especifique:

**8. Quién lo/la refirió a los
servicios?**

**(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
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:

**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
- ☐ 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: _____

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 _____

Dirección (si es diferente a la dirección del menor): _____

Podemos mandar correo: ☐ Yes ☐ No

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
☐ Lesbiana
☐ Pansexual
☐ Queer
☐ Cuestionando(a)
☐ No indicada, Especifique:

7. Raza / Etnicidad:

- ☐ Indio(a) Americano(a)/
Nativo Americano(a)/
Nativo(a) de Alaska
☐ Asiático(a) Americana
☐ 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 aprendió usted 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):

- ☐ Sí ☐ 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+

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 _____

Dirección (si es diferente a la dirección del menor): _____

Podemos mandar correo: ☐ Yes ☐ No

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
☐ 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 aprendió usted sobre
los servicios?**

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

☐ Publicidad en Bus
☐ Publicidad en 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):

- ☐ Sí ☐ 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+