

ERENE SOLIMAN, PSY.D.

Licensed Psychologist, PSY 23162

Formulario de Admisión Familiar

Información Familiar: Por favor incluya todos los miembros de familia que estarán presente en la terapia

Nombre del Padre: _____

Teléfono: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Es una práctica habitual de Refugio enviar por correo una carta de terminación al final del tratamiento.
Si el domicilio anterior no es una dirección de correo segura o preferida para recibir correo, proporcione un domicilio de correo alternativo aquí:

Correo Electrónico: _____

Método Preferido de Contacto: Teléfono o Correo Electrónico (circule uno)

Edad: _____ Genero: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Afiliación Religiosa: _____ Empleador: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: Soltero Comprometido

Casado (___ años casado) Separado Divorciado (circule uno)

Nombre de la Madre: _____

Teléfono: _____ Domicilio: El mismo que arriba

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Correo Electrónico: _____

Método de contacto: Teléfono o Correo Electrónico (circule uno)

Edad: _____ Genero: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Afiliación Religiosa: _____ Empleado: _____

Ocupación: _____ Estado Civil: (circule uno) Soltera

Comprometida Casada (___ años de matrimonio) Separada Divorciada

Es una práctica habitual de Refugio enviar por correo una carta de terminación al final del tratamiento.
Si lo anterior no es una dirección de correo segura o preferida para recibir correo, proporcione una dirección de correo alternativa aquí:

Los Niños:

Nombre: _____

Edad: _____

*Si los niños son medios hermanos o hermanastros, por favor indique a lado de cada nombre

Salud Mental: ¿Alguien en la familia cercana actualmente o en el pasado han sido suicida? Si No

¿En caso afirmativo, quien y cuándo?

¿Alguien en la familia cercana ha sido hospitalizada por razones de problemas relacionados con la salud mental? Si No

¿En caso afirmativo, quien y cuándo? _____

¿Alguien de la familia inmediata recibe actualmente servicios de asesoramiento con otro profesional?

Si No

¿En caso afirmativo, quien y cuándo? _____

Motivos para buscar terapia familiar:

¿Cómo sabría que su tiempo en terapia ha sido exitoso? ¿Que se vería diferente en su familia?

Enumere las fortalezas de su familia: _____

Enumere las debilidades de su familia:

Como lidia la familia con los conflictos? _____

¿Cómo celebra su familia / juega junta? _____

¿Cuáles son las cosas que su familia hace junta regularmente (semanalmente)?

Como maneja la familia los eventos importantes de la vida (es decir, bodas, muertes, enfermedades que amenazan la vida, perdida del trabajo)?

Alguien de la familia ha golpeado, restringido físicamente, usado violencia o lesionado a alguna persona de la familia? Si No En caso afirmativo, favor explique:

Referido por: _____

Terapeuta Iglesia Medico Agencia Amigo Internet

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Numero de Teléfono: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____