

CENTRO DE CONSULTA FAMILIAR  
Victor E. Loos, Ph.D., Director  
2524 Nottingham~ Houston, TX 77005-1412  
Tel: (713) 526-4751 Fax: (713) 526-4342

Información sobre el Cliente

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Puedo contactarlo/a a su trabajo? \_\_\_\_\_  
Correo electronico: \_\_\_\_\_ ¿Puedo contactarlo/a via correo electronico? \_\_\_\_\_  
Preferencia de comunicación: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

***Si el cliente tiene o es menor de 18 años favor de llenar:***

Nombre de la Mamá: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Numero de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____ ¿Puedo contactarlo/a a su trabajo? _____
Correo electronico: _____ ¿Puedo contactarlo/a via correo electronico? _____
Preferencia de comunicación: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____ e-mail _____

Nombre del Papá: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____
Trabajo: _____ ¿Puedo contactarlo/a a su trabajo? _____
Correo electronico: _____ ¿Puedo contactarlo/avia correo electronico? _____
Preferencia de comunicación: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____ e-mail _____

**FAMILIARES QUE VIVEN EN CASA**

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿A quien agradecemos por referirlo ? \_\_\_\_\_

Describe brevemente por que solicita una consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Estado de salud del Cliente***

¿Está Ud. Tomando algun medicamento? ( ) Sí ( ) No

¿Tiene Ud. Problemas de salud? ( ) Sí ( ) No

¿Ha visitado Ud. Algun profesional de salud mental anteriormente? ¿Sí? Por favor de proveer algun comentario que crea ser necesario

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para uso de la Oficina:

Date: \_\_\_\_\_ DX. \_\_\_\_\_ Therapist: \_\_\_\_\_ CYS: \_\_\_\_\_