



1. Descargar el formulario a su escritorio de la computadora.
2. Abra el formulario con Adobe Reader, disponible en <https://www.adobe.com/acrobat/pdf-reader.html>
3. Guarde el formulario después de rellenar los campos.
4. Devuelva el formulario.

### HISTORIAL DEL/DE LA CLIENTE

**Nombre del/de la cliente:** \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ La edad: \_\_\_\_\_ El origen étnico: \_\_\_\_\_

El género:  Mujer  Hombre  No binario/sexo tercero  Prefiere no decir  Autodescribirse \_\_\_\_\_

El género como está relacionado con su póliza de seguro:  Mujer  Hombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ El código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ El Celular: \_\_\_\_\_

Padre/tutor (si cliente es un niño): \_\_\_\_\_ La edad: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente):  
\_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ El Celular: \_\_\_\_\_

La profesión: \_\_\_\_\_ El más alto nivel de educación: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

#### Personas adicionales que viven en el hogar:

Nombre	Relación	Edad	Nombre	Relación	Edad

#### MOTIVO DE LA VISITA

- ¿Qué servicios está buscando?  Servicios de Psicología Clínica  Los servicios de asesoramiento  
 Servicios de audiología  Servicios de lectura de McGuffey  
 Servicios de habla y lenguaje

Indica brevemente su/s motivo/s para buscar servicios:

---

---

¿Quién le recomendó a usted?: \_\_\_\_\_

¿Has tenido servicios como este antes?  Sí  No

¿Cuándo?

---

¿Dónde?

---

## HISTORIAL

El/la cliente asiste actualmente:  La guardería  La escuela primaria  La escuela secundaria  Universidad

Donde: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez en el pasado el cliente ha recibido ayuda especial o alojamientos en la escuela?  Sí  No

Si es así, explique por favor: \_\_\_\_\_

---

¿Ha recibido el cliente algún diagnóstico relacionado con el aprendizaje, la salud mental, la

comunicación, etc.? \_\_\_\_\_

Si es así, explique por favor: \_\_\_\_\_

---

**\* Si el cliente ha recibido alguna evaluación previa por problemas de aprendizaje, salud mental o comunicación, proporcione copias**

## INFORMACIÓN MÉDICA

Médico primario (o pediatra): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

¿Tiene el cliente alguna enfermedad crónica, problemas de salud actuales y/o diagnósticos médicos?

Sí  No

Si es así, indique por favor: \_\_\_\_\_

---

¿Tiene el cliente alguna alergia conocida? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativa, indíquese: \_\_\_\_\_

---

Existen antecedentes familiares de problemas de salud significativos: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativa, descríbase: \_\_\_\_\_

---

---

---

Nombre de la persona que completa este formulario:      Firma:      Marca la casilla para firmar:

---

Relación con el cliente (si procede):

Fecha:

Si no tiene acceso a una firma digital, marque la casilla como indicación de que ha leído y comprendido este documento.

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

La Universidad no tolerará la discriminación o el acoso en el lugar de trabajo, entorno académico o en sus programas o actividades basadas en la edad, color, discapacidad, estado civil, origen nacional o étnico, afiliación política, raza, religión, sexo (incluyendo el embarazo), orientación sexual, estado de veterano o información médico familiar o información genético. Esta Política pretende ser constante con las leyes federales y estatales aplicables y las políticas estatales y universitarias. La Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades es responsable de hacer cumplir esta Política en nombre de la Universidad y tiene procedimientos de queja disponibles para hacerlo.