

Información Del Cliente

1

Nombre:		Apellidos:		Fecha:	
Dirección 1:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Dirección 2:		Genero: [] F [] M		Estado Civil:	
Ciudad:	Estado:	Código:	Empleo: [] Completo [] Medio [] Estudiante [] Otro		
Teléfono:					
Correo Electrónico:		Nombre de Pareja:			

1. Donde Vive? (elija una)

Sin Hogar
 En casa o apartamento solo
 En casa o apartamento con familia

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de donde vivir?

Sí No

En caso afirmativo, marque UD cuanto esta preocupado/a a continuación:

1 Pocas	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
---------	-------------------	-----------	------------	---------

2. La Familia y la Vida Social

Apunte los nombres de los niños	Fechas Nacidos	Viven Consigo?		Hijastro/a?	
		Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No
		Sí	No	Sí	No
Otros que viven con UD?	Edad:	Relación:			

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de convivir con alguien?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de asuntos espirituales o religiosos?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de su orientación o preferencia sexual?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de su uso de tiempo?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de alcohol u otras drogas?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

Sí No

Información Del Cliente

2

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de las apuestas / juegos de azar?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

3. Las Necesidades Básicas

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de necesidades básicas como ropa o comida?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca del transporte?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Poca	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
--------	-------------------	-----------	------------	---------

4. El Empleo

<input type="checkbox"/>	Trabajo tiempo completo >30 horas
<input type="checkbox"/>	Trabajo medio tiempo <30 horas
<input type="checkbox"/>	No tengo empleo; Lo busco.
<input type="checkbox"/>	No tengo empleo; No lo busco.
<input type="checkbox"/>	Pensionado/a; Jubilado/a
<input type="checkbox"/>	Otro:

La Experiencia Militar

UD es ex-Militar / Veterano/a?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tiene experiencia de combate?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Explica:		
Año que entro al militar:		
Año despedido del militar:		
Tipo de despedida:		

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca del empleo?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Pocas	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
---------	-------------------	-----------	------------	---------

5. La Educación Escolar

<input type="checkbox"/>	En Escuela ahora	<input type="checkbox"/>	Menos de Preparatorio (HS)	<input type="checkbox"/>	Un poco Universidad
<input type="checkbox"/>	En programa de entrenamiento	<input type="checkbox"/>	Graduado Preparatorio	<input type="checkbox"/>	Graduado Universidad

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de la educación?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Pocas	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
---------	-------------------	-----------	------------	---------

6. Asuntos Legales

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de un asunto legal o criminal?

Sí No

En caso afirmativo, cuente los detalles.

Esta Ud ahora bajo libertad condicional?

Sí No

¿Tiene UD algún problema o inquietud acerca de la ley o la corte?

Sí No

En caso afirmativo, indica cuanta dificultad o preocupación que tiene.

1 Pocas	2 Mas que un poco	3 Mediana	4 Bastante	5 Seria
---------	-------------------	-----------	------------	---------

7. La Salud y La Seguridad

Quien es su medico personal.	Teléfono:
Hace cuanto tiempo que lo consultó?	Razones?
Esta UD Embarazada?	[] Sí [] No
Tiene UD cualquier restricción debido a discapacidad?	[] Sí [] No

