

Fecha: _____

Nº de Cliente: _____



Centro de Servicios Psicológicos y Desarrollo

Monroe Park Campus ° 612 North Lombardy Street ° P.O. Box 843033 ° Richmond, VA 23284-3033
Numero de Teléfono: 804 828-8069 ° Fax: 804 827-1269 ° TDD: 1-800-828-1120
Correo Electrónico: cpsd@vcu.edu ° www.has.vcu.edu/psychcenter



SOLICITUD DE SERVICIOS PARA ADULTOS

Nombre:(favor de imprimir) _____ Fecha: _____
Apellido, Primer Nombre

Dirección: _____
Calle / PO Box, Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo: (si diferente al de arriba)

Calle / PO Box, Ciudad Estado Código Postal

No(s) de Teléfono: (marca el preferido) (H): _____ (T): _____ (C): _____

Como se enteró de nosotros? _____

Tipos de servicios que necesita:

- Psicoterapia: Individual de Pareja para Familia de Grupo
- Evaluación: vocacional o profesional Académico Personalidad
- Otro _____

Servicio Militar (si no servicio militar, pase a la siguiente sección): Es usted un veterano de guerra? Sí No

Historia de Servicio: Servicio Activo, presente Servicio Activo, antiguo

Reserva Activa/Guardia Nacional Reserva Antigua/Guardia Nacional

Rama Militar: Ejército de tierra Armada Ejercito del Aire Marinas Servicio de Guardacostas

Estatus de Seguro Médico: Privado Código VCC/MCV Medicare/Medicaid No Seguro Medico

Información Personal: Es usted un estudiante? Si No

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____

Orientación Sexual: _____ Pertenencia Étnica: _____

Empleo: _____ Ingreso Total de Familia (antes de impuestos): _____/año

Para Uso de la Oficina Solamente

Nombre de Terapeuta: _____ **Nombre de Supervisor:** _____

Fecha de Asignación: _____ **Honorario de Tratamiento: \$** _____ **Honorario de Evaluación: \$** _____

Fecha: _____

Nº de Cliente: _____

3. Por cuanto tiempo se ha estado sintiendo de esta manera? _____
4. Ha pasado algo recientemente o ha cambiado algo en su vida que tal vez sea relacionado a estos sentimientos? (puede marcar mas de una)
 Perdida o muerte recien de un amigo/pariente cambio o perdida en el trabajo o vivienda
 otro (por favor especifique) _____
5. Se ha sentido de esta manera en el pasado? No
 Sí, (Por favor explica) _____

6. Ha tenido un cambio reciente en la cantidad de sueño?
 No Cambio Duerme Mas Duerme Menos
7. Ha tenido un cambio reciente en la cantidad de comida que come?
 No Cambio Come Mas Come Menos
8. Ud. ha sido ingresado a un programa para ayuda contra el abuso de drogas o alcohol? No
 Sí, (Cuando sucedió esto) _____

9. Ud. ha sido hospitalizado por motivos psicológicos (e.j., depresión)? No
 Sí, (cuál fue la razón) _____

10. Ud. esta tomando medicamento para la ansiedad, depresión, etc.? No
 Sí, (nombres/dosis) _____

11. Alguna vez ha sido cargado/a o condenado/a por un crimen (delito menor o crimen)? No
 Sí, (por favor explica) _____

12. Cuantas bebidas alcohólicas bebe Ud. en una semana típica? (marca una)
 No bebo 0-3 4-7 8-11 12-15 mas de 15
11. Usa Ud. drogas adquiridas en la calle o medicinas recetadas para otras personas?
 Si No
12. Alguna vez ha sido involucrado/a en luchas físicas con otra gente?
 Sí No
13. Esta Ud. actualmente, o ha sido alguna vez involucrado/a en el sistema legal?
 Sí No
14. Alguna vez ha sido su familia involucrada con Servicios de
Protección de Menores/Child Protective Services?
 Sí No
15. Si tiene hijos, alguna vez ha perdido patria potestad/custodia de sus hijos?
 Sí No No tengo niños

Gracias por tomar el tiempo para completar esta solicitud. Un/a coordinador/a se va a comunicar con Ud. pronto para continuar procesando su solicitud.