

**CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH**  
**COMMUNITY CLINIC FOR COUNSELING AND EDUCATIONAL SERVICES**  
1250 Bellflower Boulevard, ED2-155  
Long Beach, CA 90840  
Telé: (562) 985-4991  
Fax: (562) 985-1469

**Consejería Para Adultos**  
**Cuestionario de Información**

**Toda la información será tratada con estricta confidencialidad**

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz en su casa/teléfono celular?  Sí  No

¿Le gustaría inscribirse en nuestra alerta por correo electrónico?  Sí  No

Estado civil: \_\_\_\_\_ # de veces se ha casado: \_\_\_\_\_ # de años en el matrimonio actual: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_ ¿Es usted actualmente un estudiante CSULB?  Si  No

Nombre de Esposo/a: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

-----  
**Solamente Para Uso de la Oficina**

- |  |                                    |                                     |                                       |                    |                          |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Notice of application received: _____ | Notes: _____                       |                                     |                                       |                    |                          |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____                   | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____                   | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____                   | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____                   | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____                   | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |

¿Cómo se enteró de la Clínica? \_\_\_\_\_

Por favor enliste problemas mayores de su salud: \_\_\_\_\_

Por favor enliste los medicamentos que usted toma: \_\_\_\_\_

¿Ha estado en la terapia antes?  Sí  No

¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_ La razón: \_\_\_\_\_

¿Quién lo trato? \_\_\_\_\_ ¿Le ayudo?  Sí  No  Un poco

¿Cuántos niños tiene usted? \_\_\_\_\_

Por favor enliste nombres y edades: \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños actualmente viven con usted? \_\_\_\_\_

¿Cuántos individuos actualmente viven en su casa? \_\_\_\_\_

Por favor circule cualquiera de los siguientes síntomas que le molestan a usted:

sentimientos de inferioridad	Niños	soledad	dolores de cabeza	fobias	cansancio
problemas sexuales	timidez	educación	insomnio	fatiga extrema	tristeza
pensamientos suicidas	separación	culpa	agorafobia	ataques pánicos	nerviosismo
hacer las decisiones	drogas	Intestinos	apetito	peso excesivo	obsesiones
Problemas de salud	enojo	depresión	temores	abuso sexual	conflicto
problemas de estómago	sueño	divorcio	finanzas	abusado en su niñez	autoestima
elecciones profesionales	relajación	uso de alcohol	amigos	azotado	homicida
concentración	no intereses	obligaciones	confianza	pensamientos malos	genio
ser un padre	energía	autocontrol	desdicha	ACOA	impotencia
casamiento	asuntos legales	ambición	énfasis	problemas legales	trabajo

Por favor describa brevemente sus razones por buscar consulta o terapia psicológica:

¿Qué resultados espera de esta consulta o la terapia?

¿Tiene algún asunto legal actual/pasado? En caso afirmativo, por favor explique. (Nota: no se puede servir a causas judiciales obligatorios).

Firma del cliente: \_\_\_\_\_