

**FORMA DE INFORMACION DEL NINO/A DOLESCENTE**  
**WESTERN PSYCHOLOGICAL AND COUNSELING SERVICES, P.C.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Sexo: H M  
 Edad: \_\_\_\_\_

**Directorio Telefónico Familiar**

Favor de completar la información siguiente que pertenece al padre o tutor del niño/adolescente.

	<b>¿Dejar recado?</b>
<input type="checkbox"/> Nombre de la mamá _____	
Teléfono de la casa ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Celular ( ) _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nombre del papá _____	
Teléfono de la casa ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Celular ( ) _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nombre de la madrastra _____	
Teléfono de la casa ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Celular ( ) _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nombre del padrastro _____	
Teléfono de la casa ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Celular ( ) _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nombre del tutor _____	
Teléfono de la casa ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Teléfono del trabajo ( ) _____	<input type="checkbox"/>
Celular ( ) _____	<input type="checkbox"/>

**En caso de emergencia: (diferente a padres o tutor)**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_  
 Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Datos del Médico**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_

**Datos de la Escuela**

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_  
 Nombre del Director/a \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**Información del empleo**

Si trabaja su hijo/a, ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Numero del teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Notas del Terapeuta:
Inicial: _____