

Intake Form

Nombre(s): _____ Age: _____ Fecha de nacim: ___/___/___

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Información

Metodo de contacto

Móvil: _____

¿Se puede dejar mensajes? Si ___ No ___

¿Puede recibir textos? Si ___ No ___

Números alternativos

Correo electrónico:

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

Teléfono _____

Relación: _____

Información adicional

Estado civil: ___ Casado (a) ___ Viviendo con alguien

___ Separado (a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo (a)

Hijos: No ___ Sí ___ ¿Cuántos? _____

Edades de los hijos: _____

Ocupación: _____

Compañía de beneficios: _____

¿Cuáles son algunas áreas que consideras como tus fortalezas y cuales podrían ser áreas en las que necesitas trabajar?

¿Qué te gustaría cambiar durante terapia? ¿Cuál es tu objetivo fundamental con la terapia?

