



**HISPANIC FAMILY COUNSELING, INC.**  
 Orange/Seminole/Osceola/Brevard/Lake  
 Main Office: 6900 S. Orange Blossom Trail, Suite 402 • Orlando, FL 32809  
 Phone (407) 382-9079 • Fax (407) 964-1274  
[referrals@hisfafam.com](mailto:referrals@hisfafam.com) • [www.hisfafam.com](http://www.hisfafam.com)

## FORMULARIO DE REFERENCIA

### INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Nombre de Padre/ Custodio: \_\_\_\_\_ Relación con cliente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Sexo  M  H  
 Group Étnico:  Blanco  Negro  Hispano  Asiatico/ Pacífico  Multirracial Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Estatus legal:  Menor en custodia de los padres  Menor en custodia del estado  Adulto competente  Adulto incompetente  
 Escuela/ Empleador: \_\_\_\_\_ Idioma primario de sus encargados: \_\_\_\_\_ Bilingüe Requerido?  Si  No

### OTRO SERVICIOS ACTUALES

Sin servicios actuales  
 Consejería de Salud Mental: Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Servicios psiquiátrico: Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Otro: Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE FUENTE DE REFERENCIA

Agencia de Referencia: \_\_\_\_\_ Persona Completando el Formulario: \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Servicios Solicitados:  Análisis de comportamiento  Consejería  PSR  Examinaciones Psicológicas  Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE FINANCIACION

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono del seguro : \_\_\_\_\_ Dirección del seguro: \_\_\_\_\_  
 Información de autorización: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCION DE PROBLEMA

Marque los síntomas de comportamiento/emocional del cliente actualmente (obligatorio):

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión Física | <input type="checkbox"/> Huir                       | <input type="checkbox"/> Berrinches         | <input type="checkbox"/> Mentiras                | <input type="checkbox"/> Comportamiento Depresivo   |
| <input type="checkbox"/> Agresión Verbal | <input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad   | <input type="checkbox"/> Ausentismo Escolar | <input type="checkbox"/> Actos Sexuales          | <input type="checkbox"/> Comportamiento de Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento  | <input type="checkbox"/> Comportamiento perturbador | <input type="checkbox"/> Robo               | <input type="checkbox"/> Auto lastimarse/suicida | <input type="checkbox"/> Problemas para ir al baño  |

Otro: \_\_\_\_\_  
 Describe: \_\_\_\_\_

- | SI                       | NO                       | SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- mes?

#### SOLO PARA USO DE OFICINA:

Clinico Asignado: \_\_\_\_\_ Fecha de Asignación: \_\_\_\_\_ Evaluador Licenciado: \_\_\_\_\_