

**NEW HORIZON COUNSELING CENTER**  
**Información Personal de Adulto**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Podemos contactar?  Sí  No

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Podemos contactar?  Sí  No

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Podemos contactar?  Sí  No

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

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

Numero de diferentes trabajos en 3 años: \_\_\_\_\_ Ultimo Grado/Escuela Completada \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Estatus Matrimonial:  Soltero (a)  Casado (a)  Separado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)

Si casado(a), separado(a), divorciado(a) o viudo(a), por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Nombre de Cónyuge/Pareja \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tiene Hijos:  Si  No      Cuantos (si aplica)? \_\_\_\_\_

Nombre de Hijos/Otros en Vivienda	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Vive Con Usted?
_____	_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	_____	Si / No
_____	_____	_____	_____	Si / No

Su Medico \_\_\_\_\_ Fecha de su ultimo físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta tomado medicamentos:  Sí  No En el caso que sí, que tipo? \_\_\_\_\_

Problemas de salud: \_\_\_\_\_

**En Caso de Una Emergencia:**

Yo autorizo que contacten \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_ Numero Alterno \_\_\_\_\_

*Como escucho de nosotros?*  Amistad/Familiar  Nuestra Página Web  Psychology Today  
 Goodtherapy.com  Counsel-search.com  Otro \_\_\_\_\_