



# Asesoría de Admisión Centro de Enriquecimiento y Asesoramiento

Centro de Enriquecimiento y Asesoramiento  
(Enrichment and Counseling Center, ECC)

Form # BH040 sp  
Form Date: 07/12/24  
Review By: 07/12/26

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Primer nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Sexo Biológico: \_\_\_\_\_ Identidad de género: \_\_\_\_\_

Idioma(s) principal(es) hablado(s) en casa: \_\_\_\_\_

Describe brevemente las dificultades actuales: \_\_\_\_\_

### Datos familiares

Personas en El Hogar	Relación	Edad

### ADULTOS

Estado civil:  Soltero  Pareja de Hecho  Casado  Separado  Divorciado  Vuelto a casar

### MENORES DE EDAD

Situación de custodia\*:  Madre  Padrer  Otro \_\_\_\_\_

*\*Proporcionar copia del acuerdo de custodia según sea necesario.*

### ESTADO MÉDICO

Nombre de la clínica de atención primaria: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente alguna medicación prescrita?  No  Sí

1. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_

Prescrito y controlado por: \_\_\_\_\_ Cuando se inició: \_\_\_\_\_

Para el tratamiento de: \_\_\_\_\_

2. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_

Prescrito y controlado por: \_\_\_\_\_ Cuando se inició: \_\_\_\_\_

Para el tratamiento de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma De La Persona Que Llena Este Formulario

\_\_\_\_\_  
Relación Con El Paciente