



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

Form # BH040 sp
Form Date: 08/25/23
Review By: 08/25/24

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