**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://es.smartsheet.com/try-it?trp=27916&utm_language=ES&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Counseling+Client+Intake+Form-word-27916-es&lpa=ic+Counseling+Client+Intake+Form+word+27916+es)PLANTILLA DE FORMULARIO DE ADMISIÓN DE CLIENTES DE TERAPIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA** | | | | | | | |  | **SU LOGOTIPO** | | |
| LÍNEA 1 DE DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | |
| LÍNEA 2 DE DIRECCIÓN | | | | | | | | | | | |
| CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL | | | | | | | | | | | |
| ALT. | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN WEB | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **FECHA** |  | | | |  | **ADMINISTRADOR** | |  |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **¿ES UN PACIENTE ANTERIOR?** | | | | |  | **REFERIDO POR** | |  |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| INFORMACIÓN DE INCORPORACIÓN DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** |  | | | | |  | |  | | | |
| **TELÉFONO CELULAR** |  | | | | | **DIRECCIÓN POSTAL** | |  | | | |
| **N.º DE TELÉFONO ALT.** |  | | | | |  | |  | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | | | |  | |  | | | |
| **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** |  | | | | | **DIRECCIÓN DE TRABAJO** | |  | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | | | | |  | |  | | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTACTO** |  | | | | | **RELACIÓN CON EL CLIENTE** | |  | | | |
| **N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL**  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO |  | | | | | **N.º DE TELÉFONO ALT.** | |  | | | |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DE ASEGURADORA** |  | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO** | |  | | | |
| **NOMBRE DEL ASEGURADO** |  | | | | | **NÚMERO DE GRUPO** | |  | | | |
| **ID DE ABONADO**  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  SÍ  DESCONOCIDO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO |  | | | | | **FIRMA** | |  | | | |
| INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO | | | | |  |  | |  |  | | |
| **PAGO A** |  | | | | | **FECHA DE PAGO** | |  | | | |
| **NÚMERO DE RECIBO** |  | | | | | **IMPORTE PAGADO** | |  | | | |
| **MÉTODO DE PAGO** |  | | | | | | | | | | |
| **RECIBIDO DE** |  | | | | | **RECIBIDO POR** | |  | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA CUENTA** | | | | | | **PERÍODO DE PAGO** | | | | | |
| **SALDO DE LA CUENTA** | **ESTE PAGO** | | | | **SALDO ADEUDADO** | **DESDE** | |  | | | |
|  |  | | | |  | **HASTA** | |  | | | |
| **PAGO DE** | | | | | |  | | | | | |
| INFORMACIÓN DE SALUD  *Describa el motivo de la visita inicial.* | | | | | | | | | | | |
| NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | |  |  | | |
| **¿CON QUÉ FRECUENCIA HACE EJERCICIO?** | | | | |  | **¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO?** | | |  | | |
| **¿TIENE ALGUNA ALERGIA?** | | | | |  | **¿CÓMO CALIFICARÍA SUS HÁBITOS DE SUEÑO?** | | |  | | |
| *Describa su salud física en general.*  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| *Marque con un círculo cualquiera de las siguientes condiciones con las que ha tenido un problema de salud.* | | | | | | | |  |  | | |
| anemia dolor de espalda crónico cáncer convulsiones crisis epilépticas migrañas osteoporosis | | | artritis problemas en la vejiga dolor de pecho hipertensión problemas renales problemas cardíacos | ansiedad mala circulación problemas sinusales asma indigestión dermatitis epilepsia | | huesos fracturados sarampión hepatitis  tuberculosis dolor de cuello diabetes articulaciones artificiales | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *Detalle las condiciones que marcó con un círculo.* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| *Describa su salud mental en general.*  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | | | | | | | |
| NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO  NO | | | | | | | | | | | |
| *Marque con un círculo cualquiera de las siguientes condiciones que le han generado un problema de salud.* | | | | | | | | | | | |
| ansiedad depresión ira concentración fobias comunicación drogas/alcohol | | trastornos alimentarios padres hijos descanso abuso infantil abuso sexual pesadillas | | | problemas financieros lesiones en la cabeza náuseas atención confianza en otros preocupación dolor autoinfligido |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Detalle las condiciones que marcó con un círculo.* | | | | | |  |  | |  | | |
|  |  | | | |  |  |  | |  | | |

**RENUNCIA**

Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo.