

**Qué cuidador estuvo involucrado (nombre del cliente)?**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Actividad:** \_\_\_\_\_

**Motivo(s) para la visita: (seleccione todos los que corresponda)**

- Pensando en lastimarse a si misma
- Sentimiento de culpa / estar decepcionado
- Recientemente lastimado físicamente por otro
- Miedo a la pareja / otro
- Problema en el pasado de uso de sustancias
- Problema actual de uso de sustancias
- Fumó la semana pasada
- Fumador en la casa
- Pierde el control al disciplinar al niño
- Niños con necesidades médicas / especiales
- Bebé nació 3 semanas + prematuro
- El bebé pesó menos de 5 lbs 8 oz
- Bebé no nació vivo
- El bebé murió en el primer año.
- No hay una fuente confiable de ingresos.
- No puedo pagar facturas mensuales
- No puedo pagar la comida
- Casa en mal estado
- Necesita un lugar seguro y estable para vivir
- Necesita transporte confiable
- Atrasada en la renta / hipoteca
- Desplegada / regresada a casa
- Visita estándar / inicial / de seguimiento
- Otro
- Especifique otro: \_\_\_\_\_

**Fue el cliente referido a su organización?**

Si

No

**En caso de si, fecha de referencia** \_\_\_\_\_

**Organización que hace la referencia:**

\_\_\_\_\_

**Razón para la referencia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha de la cita:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que la paciente fue notificada de la cita:**

\_\_\_\_\_

**Notas Adicionales:**