

**DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA EN LANE COMMUNITY COLLEGE**  
**HOJA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE**

La siguiente información nos ayudará a brindarle un servicio eficiente. Al igual que toda la información que comparte con su consejero(a), esta información será confidencial y privada. Favor de escribir con letra de molde.

Favor de contactarnos si esta información cambia.

Fecha: \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s) Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Nombre que usted prefiere que le llamemos (si es diferente al cuál escribió anteriormente): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Número Estudiantil (Número L): \_\_\_\_\_

Dirección Local: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Favor de llenar número(s) al cual se le puede llamar. (Advertencia: Números celulares no son seguros):**

Local: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? Si ☐ No ☐ ¿Podemos mencionar "Consejera del LCC"? Si ☐ No ☐  
Celular: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? Si ☐ No ☐ ¿Podemos mencionar "Consejera del LCC"? Si ☐ No ☐  
Trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar mensaje? Si ☐ No ☐ ¿Podemos mencionar "Consejera del LCC"? Si ☐ No ☐  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Se le puede enviar un correo para hacer una cita? Si ☐ No ☐

**NOTE: COMUNICARSE POR CORREO ELECTRÓNICO NO SE CONSIDERA UNA FORMA DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL**

En caso de emergencia, comunicarse con: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sexo/Género:** Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐

**Identidad Étnica**

- ☐ Multi- étnico/racial
- ☐ Asiático Americano
- ☐ Nativo de las Islas del Pacífico
- ☐ Chicano/Latino/Hispano
- ☐ Africano Americano, No-Hispano
- ☐ Europeo /Americano /Caucásico, No-Hispano)
- ☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska
- ☐ Otro \_\_\_\_\_
- ☐ Internacional
- ☐ Prefiero no responder

**Estado Civil:**

- ☐ Soltero / Sin Pareja
- ☐ Casado / Con Pareja
- ☐ Separado
- ☐ Divorciado
- ☐ Otro \_\_\_\_\_
- ☐ Prefiero no responder

**Usted está:**

- ☐ Matriculado como estudiante en LCC

- ☐ Matriculado como estudiante en ambos LCC/UO
- ☐ No matriculado actualmente como estudiante en LCC
- ☐ No actualmente matriculado como estudiante

**¿Usted tiene seguro médico por salud mental?**  
Sí ☐ No ☐

**Nombre de su seguro médico:** \_\_\_\_\_

**¿Quien lo recomendó al Departamento de Consejería?:** (marque todos lo que se apliquen)

- ☐ Miembro de la familia
- ☐ Consejero
- ☐ Pareja/Esposo(a)
- ☐ Amigo(a)
- ☐ Servicios de Salud Estudiantil
- ☐ Usted mismo
- ☐ Servicio de matriculación en LCC
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**¿Se transfirió usted a LCC?** Sí ☐ No ☐

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿De qué institución? \_\_\_\_\_

Área o programa de estudio: \_\_\_\_\_

**Créditos que está tomando este trimestre:**

- ☐ 1-5
- ☐ 6-8
- ☐ 9-11
- ☐ 12 o más

**Promedio de calificaciones:**

- ☐ < 1.9
- ☐ 2.0-2.4
- ☐ 2.5-2.9
- ☐ 3.0-3.4
- ☐ 3.5-4.0

**Número de dependientes que tiene:**

- ☐ 0
- ☐ 1-2
- ☐ 3 o más
- ☐ ¿Cuál es su relación con el/los dependiente(s):  
\_\_\_\_\_

**¿Usted está empleado actualmente?**

- ☐ Sí ¿Donde?: \_\_\_\_\_
- ☐ No

**Número de horas que usted trabaja por semana:**

- ☐ 1 - 10
- ☐ 11 - 20
- ☐ 21 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ Mas de 40

**Díganos sobre las personas que lo criaron:**

(marque todo lo que se aplique)

- ☐ Padres biológicos
- ☐ Padres adoptivos
- ☐ Otro \_\_\_\_\_
- ☐ Casados(a)/Pareja
- ☐ Nunca Casado
- ☐ Viven Juntos
- ☐ Separados (Fecha: \_\_\_\_\_)
- ☐ Divorciados (Fecha: \_\_\_\_\_)
- ☐ Padre fallecido (Fecha: \_\_\_\_\_)
- ☐ Madre fallecida (Fecha: \_\_\_\_\_)

**Número de Hermanos(as):**

- ☐ 0
- ☐ 1-2
- ☐ 3 o más

**Mi familia tiene una historia de:** (marque todo lo que se aplique)

- ☐ Consejería
- ☐ Hospitalización psiquiátrica
- ☐ Alcoholismo
- ☐ Abuso
- ☐ Depresión
- ☐ Trastorno Alimenticio
- ☐ Pobre Comunicación
- ☐ Otro \_\_\_\_\_
- ☐ Ninguno de estos aplican

**Recientemente he sufrido de:**

- ☐ Un fallecimiento
- ☐ Relación terminada
- ☐ No aplica

**He tenido una relación sexual indeseable:**

(marque todo lo que se aplique)

- ☐ Antes de los 18 años
- ☐ 18 años o mayor
- ☐ No
- ☐ Inseguro
- ☐ Prefiero no contestar

**Uso alcohol / otras drogas**

- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Más de una vez a la semana
- ☐ No uso

**Lo siguiente ha resultado por el uso de alcohol o drogas:** (marque todo lo que se aplique)

- ☐ Infracciones de tránsito
- ☐ Relación arruinada
- ☐ Desmayos
- ☐ Peleas con amigos(as)
- ☐ Problemas académicos
- ☐ Dificultad con la memoria
- ☐ Otra cosa (especifique): \_\_\_\_\_

**He experimentado el racismo/prejuicio en cuanto a mí:** (marque todo lo que se aplique)

- ☐ Identidad étnica (judío, polaco, etc.)
- ☐ Identidad racial
- ☐ Orientación sexual
- ☐ Sexo/género (masculino, femenino, transgénero)
- ☐ Otro (especifique): \_\_\_\_\_
- ☐ No aplica

**Por favor indique a qué grado sus problemas están afectando las siguientes áreas de su vida:**

**Académica**

- ☐ No interfiere
- ☐ Interfiere más o menos
- ☐ Interfiere moderadamente
- ☐ Interfiere severamente

**Social**

- ☐ No interfiere
- ☐ Interfiere más o menos
- ☐ Interfiere moderadamente
- ☐ Interfiere severamente

**Por favor marque los servicios que le interesan a usted:** (marque todo lo que se aplique)

- ☐ Consejería Educativa o Vocacional
- ☐ Asesoría Académica
- ☐ Una o dos sesiones para resolver problemas
- ☐ Consejería breve individual (10 sesiones o menos)

**¿Actualmente (o dentro del año pasado) ha estado bajo tratamiento por un doctor?** Sí ☐ No ☐  
Si contesto "Sí", ¿para qué condición?: \_\_\_\_\_

**¿Tiene otras condiciones médicas importantes?** Sí ☐ No ☐  
Si contesto "Sí", por favor describa: \_\_\_\_\_

**¿Actualmente está tomando usted medicamentos o remedios?** Sí ☐ No ☐  
Nombre del medicamento/remedio(s): \_\_\_\_\_

¿Quién recetó sus medicamentos? \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted alguna discapacidad?** Sí ☐ No ☐  
Por favor describa: \_\_\_\_\_

**¿Recientemente o en el pasado, ha recibido servicio de consejería o psicoterapia?** Sí ☐ No ☐

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Con quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué satisfecho estuvo con la experiencia? \_\_\_\_\_

**¿Actualmente está recibiendo servicios de consejería o psicoterapia a través de otra persona o agencia?** Sí ☐ No ☐

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Con quien? \_\_\_\_\_

**Por favor indique por qué usted solicita nuestros servicios y qué desea lograr.**

---

---

---

---

**Por favor indique cuánta preocupación ha sentido durante el último mes con los problemas siguiente:**

No me preocupa    Poca preocupación    Moderada    Significativa

- |    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dormir  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cambio de humor   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | apetito   |
| 4  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | inutilidad/culpa  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | concentración   |
| 6  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | memoria   |
| 7  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | baja energía/fatiga   |
| 8  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dolores de cabeza   |
| 9  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sexo  |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pérdida/aumente de peso   |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ansiedad  |
| 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pánico  |
| 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tristeza/depresión  |
| 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | me enfado mucho   |
| 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | confianza en otra gente   |
| 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ausente de clases demasiado   |
| 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pienso en abandonar la escuela                                      |
| 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | indecisión sobre opción de carrera                                  |
| 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | indeciso por su rama de estudio                                     |
| 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | se me olvida el material cuando tomo exámenes                       |
| 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | no estoy seguro si LCC es para mí                                   |
| 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mi identidad sexual/orientación                                     |
| 23 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | me influyen otras personas fácilmente                               |
| 24 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | problemas financieros   |
| 25 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | no me gusta mi cuerpo   |
| 26 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mis creencias religiosas/espirituales                               |
| 27 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | preocupaciones de HIV u otras enfermedades transmitidas sexualmente |
| 28 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | perdiendo el tiempo en la computadora                               |
| 29 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mi uso de sustancias  |
| 30 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | control de dieta  |
| 31 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | discriminación/opresión   |
| 32 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pensamientos sobre cómo terminar mi vida                            |
| 33 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | intenciones de acabar mi vida                                       |
| 34 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pensamientos en cómo lastimar a alguien                             |
| 35 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | intenciones de lastimar a una persona                               |

## **AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA EL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN LANE COMMUNITY COLLEGE**

*Por favor lea esta Declaración de Autorización Informada antes de su cita con su consejero(a).*

*Cuando hable con su consejero, usted puede hacer cualquier pregunta o aclarar cualquier duda que tenga antes de firmar este documento. Si desea una fotocopia de este documento, por favor pídala una copia a su consejero.*

### **Elegibilidad y Servicios Limitados**

El departamento de consejería en LCC brinda consejería de corto plazo para los estudiantes del LCC y futuro estudiantes. El servicio que usted recibirá está basado en la determinación de sus necesidades y metas deseadas, así como los recursos disponibles del departamento de Consejería y su habilidad de satisfacer sus necesidades u objetivos. Si el Departamento de Consejería no puede brindarle la ayuda que usted buscaba, se le recomendarán otros recursos que le podrán ayudar.

### **Horario y Emergencias**

Los consejeros estarán disponibles durante el horario de oficina en el campus principal de LCC. Generalmente el horario es de lunes a viernes 9:00 AM-5:00 PM, excluyendo los días festivos. Hay días de formación en servicio del colegio, en donde el colegio está cerrado. Para emergencias en horas que estamos cerrados, favor de contactar una de las siguientes agencias: White Bird Clinic (541) 687-4000; Sala de Emergencia, del Hospital Sacred Heart, (541) 686-6931; o la línea de Crisis en la Universidad de Oregon al (541) 346-4488.

### **Citas**

Si usted no puede asistir a su cita con su consejero, por favor llame a su consejero por lo menos 24 horas con anticipación o lo MÁS PRONTO POSIBLE.

### **Servicios Brindados por los Consejeros Practicantes**

Algunos servicios del Departamento de Consejería son brindados por Practicantes de Consejería o Psicología Clínica. Todos los practicantes trabajan bajo la supervisión directa de un consejero del Departamento de Consejería. Se le dirá quién es el supervisor directo del practicante. Si usted no desea trabajar con un practicante, puede haber una espera más larga por otro consejero disponible. Los consejeros practicantes están obligados a grabar sus sesiones en audio casete. Estas grabaciones son usadas por el consejero practicante y su supervisor con el propósito de apoyar a los consejeros practicantes y mejorar sus técnicas. Estas grabaciones son destruidas al final del año académico. Al aceptar los servicios brindados por un consejero practicante, usted está aceptando ser grabado bajo las condiciones previamente descritas.

### **Confidencialidad**

Los consejeros del Departamento de Consejería se apegan a las leyes federales, estatales, y estándares de ética; toda información del cliente será tratado confidencialmente a menos que usted de su permiso por escrito y nos otorgue el derecho de compartir dicha información con otra agencia o persona. Para brindar servicios efectivamente, su consejero puede consultar con otro consejero, del Departamento y/o con el personal médico en el LCC Centro Médico para Estudiantes (Student Health Center). Leyes Federales y Estatales requieren que la asistencia médica y el personal de consejería profesional reporte ciertas situaciones. Estos incluyen pero no son limitados a sospechas razonables de abuso infantil pasado o

presente, o abuso de adultos vulnerables, peligro a usted o a otros, por orden de la corte por cualquier razón, o cuando la enfermedad mental sea usada como defensa de un crimen o tema civil. Se mantiene un expediente confidencial con acceso restringido a su consejero y a otros miembros del Departamento de Consejería. Su expediente será compartido únicamente si usted nos otorga su permiso y nos apruebe en escrito que lo hagamos, o cuando sea un mandato de la corte.

### **Beneficios y Riesgos**

Hay beneficios y riesgos que pueden ocurrir en consejería. Los beneficios de consejería pueden incluir: 1) la habilidad de mejorar su rendimiento académico, 2) mejorar su desarrollo personal, 3) aclarar carreras, metas o planes. Existen investigaciones que también han identificada algunos riesgos en consejería: Las situaciones se pueden sentir peor antes de que se pueda apreciar una mejoría. Por ejemplo, estudiantes que están trabajando en temas difíciles, pueden tener dificultades en concentrarse en sus estudios inmediatamente después de una sesión. Consejería también puede involucrar el peligro de hacerle recordar eventos desagradables que puedan resultar en emociones o sentimientos fuertes. Usted y su consejero trabajarán juntos para determinar en qué lugar y de qué manera comenzará su tratamiento para poder tratar de disminuir el riesgo y maximizar el beneficio de consejería.

**Yo he leído el documento arriba relacionado con las condiciones de consejería. Acepto estas condiciones y brindo mi permiso para recibir los servicios de consejería del Departamento de Consejería de Lane Community College. Si tengo dudas adicionales, yo las discutiré con mi consejero antes de iniciar el proceso de consejería.**

---

Nombre con letra de molde

---

Número L

---

Firma

---

Fecha