

FECHA: \_\_\_\_\_ Hora de la cita en esta clinica \_\_\_\_\_

Por este medio declaro que las siguientes respuestas están apegadas a la verdad.

1. Lugar donde vive o ha vivido en los últimos años \_\_\_\_\_
2. Actualmente trabaja? NO / Si  
En que trabaja: \_\_\_\_\_  
Años de trabajar: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: Soltero / Casado / Unido / Divorciado / Viudo
4. ¿Cuántos hijos e hijas tiene? \_\_\_\_\_ (contestar solo si es mujer)
5. Hasta que grado estudió: \_\_\_\_\_  
¿Sigue estudiando? Si / NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene tatuajes? NO / Si ¿Cuántos, Dónde \_\_\_\_\_
7. ¿Ha tenido problemas con la ley? NO / Si  
Cuales: \_\_\_\_\_  
¿Alguien de su familia ha tenido problemas con la ley? NO / Si  
Cuales: \_\_\_\_\_
8. ¿Ha consumido o probado marihuana? NO / Si  
Otras drogas NO / SI, ¿cuales? \_\_\_\_\_
9. ¿Toma alcohol? NO / Si  
Si toma alcohol ¿cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos tragos toma por vez? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha tenido sanciones por manejar en estado de ebriedad? NO / Si  
Fechas: \_\_\_\_\_
11. ¿Ha sido acusado de violencia domestica? NO / SI
12. ¿Ha habido muertes violentas en su familia? NO / SI
13. ¿Ha causado daño a la propiedad ajena? NO / SI, dé los detalles \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. ¿Quién lo pide de los Estados Unidos? Mama / Papa / Hermano / Esposo/a / Otro

Firma \_\_\_\_\_

Con esta firma confirmo la validez de lo anterior.