*Universidad de Colorado-Boulder*

**Programa de Asistencia a la Facultad y el Personal (*FSAP*)**

**Formulario de información del cliente**

*Por favor provéanos la información requerida a continuación:*

**Información de identificación**

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento: Edad:

**Género con el cual se identifica**

Hombre *Cisgénero* Mujer *Cisgénero*

*Queer/* No conforme

Hombre *Trans* Mujer *Trans*

No se identifica con ningún género

Género adicional que no está en la lista

***Pronombre con el cual se identifica***:

**Grupo étnico**

Afroamericano/a Asiático americano/a

Árabe americano/a Africano/a

Euro americano/Blanco/a Nativo/a Alaska

Latinx/Hispano/a Prefiero no divulgarlo

Multirracial, especifique:

Nativo hawaiano/otro de las islas del

Pacífico

Nativo americano/Nativo americano

**Su Título/Posición:**

Departamento en CU:

**Nombre de la Compañía**, si no trabaja en CU:

Área de VC Academic Affairs Administration

Chancellor Senior VC Student Affairs

Research/Grad School ODECE

Systems Administration

No soy empleado/a de CU.

**Estado civil**

Soltero/a Divorciado/a Primer matrimonio

Viudo/a Vuelto a casar Conviviendo

Separado/a Nunca se ha casado

Otro:

**Identidad sexual**

Asexual/No romántico *Bisexual/Pansexual/Fluid*

*Gay* *Lesbiana* *Queer*

*Heterosexual*

Otra orientación sexual no mencionada

Prefiero no declararlo

**Información de contacto**

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Al proporcionarnos los números de contacto a continuación, nos da permiso para contactarle a dichos números.

Teléfono celular:

Teléfono del trabajo:

Teléfono de casa:

**Permiso para contactarle a través de su correo electrónico**

El correo electrónico no es un medio de comunicación seguro o confidencial. La administración de la Universidad se reserva el derecho de monitorear el uso de los correos. Por lo tanto, *FSAP* no garantiza que los contenidos de sus correos electrónicos o los enviados por el personal de *FSAP* podrían ser leídos de una forma inapropiada. Otros pueden ver el contenido de sus mensajes electrónicos. En una emergencia, el correo electrónico NO es recomendado como método de contacto para FSAP. En casos de emergencias, su correo electrónico podría no ser visto o respondido a tiempo.

**FSAP puede contactarme al/los siguientes correos electrónicos**

Correo electrónico del trabajo:

Correo electrónico personal:

Para autorizar el contacto a través del correo electrónico, tal como se indica arriba, por favor firme:

Firma:

**Contactos de emergencia** En caso de emergencia, (¿a quién debemos contactar?)

Nombre:

Número de teléfono:

Su relación con esta persona:

**Información sobre discapacidad** ¿Considera que tiene alguna discapacidad?

Sí Por favor especifique

No

**Estado de veterano** ¿Es usted un veterano de los Estados Unidos? Sí No

**Información de bienestar y salud**

**Seguro médico** **Marque su tipo de seguro** CU Exclusive CU Kaiser

CU High-deductible CU Extended

No tengo Seguro médico

CU Medicare non-CU Plan

**¿Cómo se enteró de los servicios de *FSAP*?**

Por mí mismo/a La página web de FSAP

Compañero/a de trabajo Supervisor/a

Otro

**Nivel de angustia**

Por favor califique ***su nivel de angustia actual*** al marcar **una** de las siguientes opciones:

Angustia extrema (necesito ayuda de inmediato)

Mucha angustia (necesito ayuda pronto)

Angustia moderada (tengo angustia, pero puedo controlarla)

Un poco de angustia (a veces me siento incómodo/a, pero estoy bien)

Nada de angustia.

**Tratamiento médico**

Actualmente ¿está tomando medicamentos relacionados con la salud mental? Sí No

Si es sí, nombre del medicamento:

Actualmente ¿está bajo el cuidado médico o de un proveedor médico o de salud? (incluyendo tratamiento psiquiátrico)?

Sí No

Si es sí, por favor especifique:

**Metas para consejería**

1.

2.

**Nombre del archivo:** Formulario de información del cliente **Razón(es) por la(s) que solicitó asistencia**

Por favor díganos la(s) razón(es) por la(s) que está buscando la asistencia de *FSAP*. Maque **todas** las que apliquen:

Comunicación con relación(es) personal(es)

Comunicación con relación(es) en el trabajo

Conflicto en el lugar de trabajo

Preocupaciones emocionales/psicológicas

Preocupación sobre relaciones íntimas (relacionadas con el(la) cónyuge/pareja)

Dinámica familiar (la crianza de los hijos/cuidado de ancianos/familias adoptivas, etc.)

Estrés o presión financiera

Preocupaciones legales

Problemas médicos o de salud

Abuso del uso de sustancias

Consulta de supervisor (apoyo con respecto a alguien que usted supervisa)

Despido o cesantía

Preocupación(es) de trabajo/trayectoria profesional

Otros:

**Preocupaciones de empleo**

¿Ha faltado al trabajo debido a la(las) razón(es) marcadas arriba?

Sí No

¿Corre el riesgo de perder su trabajo?

Sí No

**Experiencia con terapia**

¿Está usted actualmente en consejería/terapia fuera de FSAP?

Sí No

¿Ha trabajado anteriormente con un/a consejero/a de *FSAP*?

Sí No

**Por favor díganos sus objetivos para la consejería o las sesiones de consultas**

3.

4.