Alan Behrman & Associates, PC

2876 Johnson Ferry Rd., Suite 150 Marietta, GA 30062

1041 Cambridge Square, Suite A Alpharetta, GA 30009

4855 River Green Pkwy, Suite 330 Duluth, GA 30096

info@alanbehrman.com 770-361-7864 www.alanbehrman.com

**Formulario Evaluación Perdón Provisional (I601 / I601A)**

**\*Este Formulario es Confidencial\***

**Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información Básica**

**Nombre Completo (incluyendo cualquier otro nombre utilizado):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sexo:** \_\_\_\_\_\_ **Raza/Etnicidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar de Nacimiento (País, Estado, Ciudad):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección Actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo Electrónico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las llamadas serán discretas, pero por favor indique cualquier restricción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Inmigración**

**¿Cuál es su estado migratorio actual en los EE. UU?**

☐ Ciudadano(a) de nacimiento

☐ Ciudadano(a) naturalizado

☐ Residente permanente

**Fecha/año de entrada a los Estados Unidos (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha que obtuvo su ciudadanía o residencia (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Razones por trasladarse a los EE. UU. (si aplica):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor describa como le está afectando el proceso de inmigración (por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño, falta de concentración, cambios en el apetito, pensamientos recurrentes, etc.):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información sobre Familiar (Beneficiario)**

**Nombre Completo (incluyendo cualquier otro nombre utilizado):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Sexo:** \_\_\_\_\_\_ **Raza/Etnicidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar de Nacimiento (País, Estado, Ciudad):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha/año de entrada a EE.UU.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es la relación del Beneficiario con usted?**

☐ Esposo(a)

☐ Padre/Madre

☐ Hijo(a)

☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el estatus migratorio del Beneficiario en EE. UU?**

☐ Sin estatus legal

☐ TPS

☐ DACA

☐ Visa de no inmigrante

☐ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Situación de vivienda actual con el Beneficiario:**

☐ Viviendo juntos

☐ No viviendo juntos

¿Dónde vive el Beneficiario? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si el Beneficiario es su esposo(a), por favor responda las siguientes preguntas:**

☐ N/A

**Fecha/año que comenzaron una relación comprometida:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Matrimonio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Familiar**

**¿Tiene hijos?**

☐ Sí ☐ No

(Si es así, por favor liste las fechas de nacimiento y nombres de sus hijos).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** | **Fecha de Nacimiento** | **Sexo** | **¿Ciudadano o Residente de EE. UU?** | **Nombre del Padre/Madre Biológico(a)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Cómo describiría su relación con sus hijos?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Su esposo(a) tiene hijos de una relación o matrimonio anterior?**

☐ N/A

☐ No

☐ Sí,

# de hijos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene usted otros dependientes?**

☐ Sí

☐ No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Sus padres alguna vez se separaron o divorciaron?**

☐ Sí ☐ No

**¿Cómo describiría su relación con su mamá?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo describiría su relación con su papá?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene hermano(as)?**

¿Cuántos hermanos? \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas hermanas? \_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué número es usted en el orden de nacimiento? # \_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo describiría su relación con sus hermanos?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier preocupación que usted tenga sobre la salud o desarrollo de algún familiar (hijos, esposo(a), padres):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información de Salud Física y Mental**

**¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) por razones médicas o salud mental?** (Si es así, por favor especifique en la tabla a continuación).

☐ Sí ☐ No

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha/Año** | **Razón** | **Hospital** | **Cuanto tiempo** | **Tratamiento** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Tiene alguna condición médica o de salud mental?** (Si es así, por favor especifique en la tabla a continuación).

☐ Sí ☐ No

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha/Año** | **Razón** | **Diagnosis/Condición** | **Proveedor Médico** | **Clínica/Oficina** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Puede obtener registros médicos o cartas de médicos, terapeutas u otros proveedores de salud que documenten sus condiciones de salud o tratamiento?**

☐ Sí ☐ No

\\

**¿Alguna vez ha hablado con un psiquiatra, psicólogo u otro profesional de salud mental?**

☐ Sí ☐ No

**¿Alguna vez ha tenido pensamientos de suicidio o de hacerse daño a sí mismo(a)?**

☐ Sí ☐ No

**Medicamentos**

**Por favor llene la tabla a continuación si toma algún medicamento.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Medicamento** | **Dosis/Uso** | **Razón/Para** | **Proveedor Médico** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uso de Sustancias**

**¿Bebe alcohol?**

☐ No

☐ Sí

¿Cuánto por día/semana/mes/año? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Usa alguna droga recreativa o sin receta?**

☐ No

☐ Sí

¿Qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Historial de Trauma/Adversidad**

**Por favor indique cualquier trauma o dificultad que haya experimentado a lo largo de su vida. Para cada dificultad, incluya la(s) fecha(s) o edad(es) y el lugar donde ocurrió. Marque todas las que correspondan:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Adversidad** | **Fecha(s)/Edad(es)** | **Lugar** |
| ☐ Pobreza o inestabilidad financiera |  |  |
| ☐ Abuso físico, emocional y/o sexual |  |  |
| ☐ Negligencia |  |  |
| ☐ Violencia doméstica |  |  |
| ☐ Trauma (ej.., desastres naturales, accidentes, guerra) |  |  |
| ☐ Separación o pérdida de algún familiar |  |  |
| ☐ Divorcio o pérdida de una relación significativa |  |  |
| ☐ Discriminación/prejuicio |  |  |
| ☐ Enfermedad grave o discapacidad |  |  |
| ☐ Muerte de un familiar o amigo cercano |  |  |
| ☐ Crisis de salud mental |  |  |
| ☐ Víctima de violencia o crimen |  |  |
| ☐ Interrupción educativa |  |  |
| ☐ Pérdida de trabajo y/o desempleo |  |  |
| ☐ Inestabilidad de vivienda/falta de hogar |  |  |
| ☐ Ajuste cultural |  |  |
| ☐ Pérdida de embarazo |  |  |
| ☐ Otro (por favor específique): |  |  |

**País de Origen de su Esposo(a) o Familiar Beneficiario**

**Por favor indique cualquier preocupación que tenga sobre su seguridad física en el país de origen del Beneficiario:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor indique cualquier preocupación que tenga sobre su capacidad o la de su esposo(a)/familiar para obtener empleo y sobre su situación financiera general en el país de origen del Beneficiario:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor indique cualquier preocupación que tenga sobre el acceso a la atención medica en el país de origen del Beneficiario:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por favor indique cualquier preocupación adicional que tenga sobre vivir en el país de origen del Beneficiario que no haya sido mencionado anteriormente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información Social**

**¿Quién vive en su hogar actualmente?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor indique qué miembros de su familia en su sistema de apoyo son ciudadanos de EE. UU.:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor indique otras fuentes de apoyo en EE. UU. (amigos, iglesia, grupos comunitarios, etc.):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor indique si usted o su esposo(a)/familiar tiene familia para apoyarlos o asistirlos en su país de origen:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Educación/Servicio Militar**

**¿Cuál es su nivel más alto de educación?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Dónde asistió a la escuela/colegio?** **(si aplica)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha servido alguna vez en el ejercito?**

☐ No

☐ Sí

Por favor, proporcione detalles de su servicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Empleo/Económica**

**Estado de Empleo Actual:**

☐ Empleado(a) o trabajador(a) por cuenta propia

☐ Desempleado(a)

☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es su ocupación?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Cuánto tiempo ha tenido esta ocupación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Título de Trabajo (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre de Empleador (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Su familiar (Beneficiario) trabaja?**

☐ No

☐ Sí

Por favor, indique en qué trabaja el Beneficiario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Quién es el proveedor de ingresos en su hogar? Si hay más de un proveedor, por favor indique el porcentaje de ingresos que cada uno contribuye [e.j., Jose (esposo) 60%, Maria (esposa) 40%]:**

**Proveedor 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_% Proveedor 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_%**

**¿Aproximadamente, cuánto paga en facturas del hogar mensualmente?** $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Esto incluye renta/hipoteca, electricidad, seguro del coche, teléfono, comestibles, etc.).

**Por favor marque cualquier préstamo/deuda no pagada y la cantidad que aún debe:**

☐ **Ninguno**

☐ **Auto: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ **Hipoteca: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ **Negocio: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ **Personal: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ **Estudiantil: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ **Deuda de tarjeta de crédito: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ **Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Tiene preocupaciones acerca de perder su hogar o negocio debido a la deportación? Pr favor, explique.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Legal**

**¿Alguna vez ha sido arrestado(a)?**

☐ No

☐ Sí

Por favor proporcione detalles del arresto, incluyendo fecha, ubicación y razón:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene algún problema legal pasado o actual (además de su caso de inmigración)?**

☐ No

☐ Sí

Por favor proporcione detalles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa cualquier arreglo de custodia formal o informal para cualquier hijo menor de edad (si aplica):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN Y RESALTE EL PROBLEMA PRINCIPAL:

**DIFICULTAD CON: AHORA PASADO DIFICULTAD CON: AHORA PASADO DIFICULTAD CON: AHORA PASADO**

Ansiedad La Gente en General Náuseas

Depresión Padres Malestar Abdominal

Cambios de Ánimo Hijos Desmayos

Ira o Temperamento Matrimonio/Pareja Mareos

Pánico Amigo(s) Diarrea

Miedos Compañero(s) de Trabajo Falta de Aire

Irritabilidad Empleador Dolor en el Pecho

Concentración Finanzas Nudo en la Garganta

Dolor de Cabeza Problemas Legales Sudoración

Pérdida de Memoria Preocupaciones Sexuales Palpitaciones del Corazón

Preocupación Excesiva Historial de Abuso Infantil Tensión Muscular

Sentirse Maniaco(a) Historial de Abuso Sexual Dolor en las Articulaciones

Confiar en los Demás Violencia Doméstica Alergias

Comunicarse con Pensamientos de Lastimar Cometer Errores por

los Demás a Alguien Más Descuidos Frecuentemente

Drogas Lastimarse a sí Mismo(a) Inquietud Frecuente

Alcohol Pensamientos de Suicidio Hablar sin Pensar

Cafeína Dormir Demasiado Esperar su Turno

Vómitos Frecuentes Dormir Muy Poco Completar Tareas

Problemas Alimenticios Conciliar El Sueño Prestar Atención

Aumento de Peso Severo Despertar Muy Temprano Fácilmente Distraído por Ruidos

Pérdida de Peso Severa Pesadillas Hiperactividad

Desmayos Lesión En La Cabeza Escalofríos o Sofocos

**HISTORIAL FAMILIAR DE (Marque todas las que apliquen):**

Problemas de Droga/Alcohol Abuso Físico Depresión

Problemas Legales Abuso Sexual Ansiedad

Violencia Doméstica Hiperactividad Hospitalización Psiquiátrica

Suicidio Dificultades de Aprendizaje “Crisis Nerviosa”

**Cualquier información adicional que le gustaría incluir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Documentos Adicionales**

Durante el proceso de evaluación, le pedimos que proporcione los siguientes documentos de respaldo para que el terapeuta pueda complementar la evaluación utilizada para su caso de inmigración. Por favor, entrégueselos a su terapeuta de manera oportuna para evitar retrasos, preferiblemente antes de su última reunión. Puede hablar con su abogado o asistente legal y pedirles que se los envíen directamente a su terapeuta si lo prefiere.

|  |  |
| --- | --- |
| **Si está solicitando por un Esposo(a):** | **Si está solicitando por un Padre (o Hijo):** |
| ☐ Forma de identificación con foto (ej., licencia de conducir, pasaporte) para **ambos usted y su esposo(a)**  ☐ Certificado de matrimonio  ☐ Certificado de naturalización o tarjeta de residencia (si usted nació fuera de EE. UU)  ☐ Affidavit/carta describiendo adversidad física, emocional y/o financiera extreme si su esposo(a) fuese a irse de los EE. UU.  ☐ Registros médicos o cartas de proveedores de salud documentando cualquier condición física o de salud mental u hospitalización que usted haya tenido en los últimos 10 años | ☐ Forma de identificación con foto (ej., licencia de conducir, pasaporte) para **ambos usted y su familiar**  ☐ Certificado de naturalización o tarjeta de residencia (si usted nació fuera de EE. UU)  ☐ Affidavit/carta describiendo adversidad física, emocional y/o financiera extreme si su familiar fuese a irse de los EE. UU.  ☐ Registros médicos o cartas de proveedores de salud documentando cualquier condición física o de salud mental u hospitalización que usted haya tenido en los últimos 10 años |

**Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. Su paciencia y atención son muy apreciadas y nos ayudarán significativamente en la preparación de su evaluación. Esta información ayudará a garantizar un proceso más fluido y eficiente.**