



**Las Caridades Católicas de la Diócesis de Lexington**  
 1310 West Main Street, Lexington, KY 40508

Toma usted bebidas alcoholicas? \_\_\_\_\_ Si es asi, cuantas bebidas toma usted por semana \_\_\_\_\_

Toma usted alguna medicina sin receta medica que le altere su estado emocional? \_\_\_\_\_ Si es asi,

Cual es y aproximadamente con que frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Jamás ha sido abusado usted? Si o No \_\_\_\_\_ ¿Sabe su esposo? Si o Non \_\_\_\_\_

¿Si sí, lo que escribe a máquina? Físico, Sexual, Emocional, Verbal, Descuida \_\_\_\_\_

Tiene usted en su familia alguna historia de enfermedades fisicas o emocionales?

Si sí, describe por favor \_\_\_\_\_

Por favor indique si usted tiene dificultades legales \_\_\_\_\_

Por favor indique si esta dispuesto a completar un cuestionario para ayudarnos a evaluar nuestros servicios. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Direccion a la que le podamos mandar el cuestionario si es diferente que la direccion de su casa).

¿Está bien dejar algún recado en casa? Sí o no \_\_\_\_\_

¿Cuándo/dónde está mejor contactarle? \_\_\_\_\_

¿Tiene correo electrónico? Sí o no Si sí, manda un correo electrónico dirección: \_\_\_\_\_

¿Hay otra cosa que usted piensa debemos saber mejor servirle? \_\_\_\_\_

Firma del Apicante(s) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_