**Office Use Only**

**Fecha de hoy**:**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_** MSS 1st visit:

**Nombre del Cliente**: Primer Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_**Apellidos:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Segundo Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Sufijo: Junior, Senior, I, II, III, IV

**Nombre Preferido/Apodo**\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otros Nombres/Alias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Seguro Social del Cliente (opcional): \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Género:**  **□** Femenino **□** Masculino **□** Otro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha de Nacimiento** (**mes/día/año**): **\_\_\_\_**/\_\_\_**\_**/**\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zona Postal**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de su casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**¿Podemos llamarle a este número? □ Sí □ No

**Tel. móvil/celular**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**¿Podemos llamarle a este número? □ Sí □ No

**Dirección de correo electrónico/email**(Opcional)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Idioma**: ¿Necesita intérprete? □ Sí □ No En caso afirmativo, ¿cuál es su lengua materna?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Situación de vivienda**

|  |
| --- |
| ¿Ha tenido vivienda segura y estable en el último año? □ Sí □ No  En caso negativo: □ Vivienda transicional □ Viviendo con otros □ Albergue □ Calle/Campamento/Puente □ Otro, describa:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**¿Trabajador(a) migratorio(a) o de temporada?** □ No □ Trabajador(a) migratorio(a) □ Trabajador(a) de temporada

**Estatus de Veterano:** ¿Ha servido en la Fuerza Militar de E.E.U.U.? □ Sí □ No

**Identidad étnica**: □ Hispano/Latino □ No-Hispano/Latino □ No desea responder

**Raza** Marque todo lo que aplique: □ Asiático □ Nativo de Alaska □ Indio Americano □ Negro o Afroamericano □ Isleño del Pacífico □ Nativo Hawaiiano □ Blanco □ No desea responder

**Proveedor médico primario:** ¿Tiene al presente un Proveedor Primario de Atención Médica? □ Sí □ No En caso afirmativo ¿quién es su proveedor(a)?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿A qué servicios viene usted hoy?**

□ Dental □ Planificación Familiar □ Atención Médica Primaria □ Accidente en Vehículo Motorizado □ Compensación para el Trabajador □ WIC/Servicios de Apoyo a la Maternidad

**Ingreso:** Esta información se usa para calcular tarifas de descuento (No se aplica para servicios de viaje). Indique el ingreso de **TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA/HOGAR** antes de impuestos. Sueldo/Salario, Cheques de DSHS/Welfare, Seguro Social/SSI, Desempleo, Manutención infantil, etc $**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/mes

¿Cuántas personas se mantienen con este ingreso?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información del Seguro**

¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro médico o dental?

**□ Sí** (favor de mostrar su tarjeta de seguro médico al registrarse) **□ No**

En caso afirmativo, cheque todos los que sean aplicables: **□** Medicaid / ProviderOne **□** Take Charge **□** Healthy Options **□** Medicare **□** Basic Health Plan **□** BHP Plus **□** CHIP **□** Seguro Comercial **□** Otro**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contacto de emergencia**

Nombre del contacto de emergencia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Parentesco:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_**  Tutor(a) legal: □ Sí □ No

Teléfono#**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Teléfono alternativo#**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**No llene la información de abajo si es un adolescente (13 -17 años) solicitando servicios confidenciales.**

**Info. del Padre/Madre/Tutor(a) – Requerida para clientes menores de 18 años**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos Primer Nombre Parentesco con el cliente | | | | |
| Teléfono | ¿Podemos llamarle a este número?  □ Sí □ No | Teléfono alternativo | ¿Podemos llamarle a este número?  □ Sí □ No | |
| Dirección (si es distinta a la del cliente) | | Ciudad | Estado | Zona Postal |

**Otro Padre/Madre/Tutor(a) – (Si es aplicable)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido Primer Nombre Parentesco con el cliente | | | | |
| Teléfono | ¿Podemos llamarle a este número?  □ Sí □ No | Teléfono alternativo | ¿Podemos llamarle a este número?  □ Sí □ No | |
| Dirección (si es distinta a la del cliente) | | Ciudad | Estado | Zona Postal |

**Información de Ciudadanía - Requerida sólo para los Programas de Evaluación de Refugiados o de Médicos Autorizados**

|  |
| --- |
| Identificación de Extranjeros: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** País de Origen:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de Entrada (**mes/día/año**): **\_\_\_\_**/**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_\_\_** |