**Fecha de hoy**:**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_**/**\_\_\_\_**

**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

**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 |

Por favor, responda a las preguntas del historial de salud si usted sabe (Historial Médico/de Salud Mental)

¿El estudiante tiene algún problema médico o problemas de salud mental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene alergia a algún medicamento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El estudiante necesita medicamentos de forma regular? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué medicamento/s? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguien en la familia del estudiante ha tenido lo siguiente (marque todo lo que corresponda)? Para cualquier postura, indique quién (es decir, hermano, tía, más edad de inicio).

[ ]  Asma

[ ]  Diabetes

[ ]  Problemas cardíacos/Accidente cerebrovascular

[ ]  Problemas de salud mental

[ ]  Consumo de alcohol o productos químicos

[ ]  Cáncer

[ ]  Convulsiones

[ ]  Presión arterial alta

[ ]  Colesterol alto

[ ]  Falleció antes de los 50

**NOT TO BE FILED INTO CLIENT’S HEALTH RECORD**