**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**