

DENNY INTERNATIONAL MIDDLE SCHOOL WELLNESS CENTER
HOJA DE REGISTRO DEL CLIENTE

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 Hawaiano ☐ 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