

Apellido:		Nombre:		Iniciales del Segundo Nombre:		Apellido de la madre:	
Otros nombres por los que se le conoce:			Teléfono de la casa:		Teléfono del trabajo:		Fecha de Nacimiento:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	No. Del Seguro Social		Años de Educación: (0-20)		¿Esta usted embarazada? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
Estado Civil: 1-Nunca casado 2-Casado /viviendo juntos 3-viuda 4-Divorciado/ disolución 5-Separado 9- No Sabe							
Dirección (incluyendo la zona postal): (¿Sin casa/ o lugar para vivir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No)							
Para los menores, Nombre del padre o guardián:			Relación con el menor:			teléfono:	
En caso de emergencia, notifique a (Nombre, dirección y teléfono):							
¿Tiene usted un tutor (Conservatorship: Persona encargada de hacer decisiones por usted)? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Nombre de la persona:							
Seguro Médico (Marque todas las que aplican): <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Otro HMO <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Otros seguro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro							
Si es Medi-Cal—su número de Medi-Cal:				Condado de su Medi-Cal:			
Lugar de trabajo:				Escuela :			
¿Quien lo envió a la clínica? : <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Probación <input type="checkbox"/> CFS <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre/ Guardián Tutor/conservator/Familia. <input type="checkbox"/> Prop. 36 <input type="checkbox"/> Parole <input type="checkbox"/> Cal-WORKs <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> AB2726 <input type="checkbox"/> AB2034							
Servicios que desea: <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Ayuda con los beneficios <input type="checkbox"/> Drogas /Alcohol <input type="checkbox"/> Otros							
¿Es usted veterano o actualmente miembro del servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Si su respuesta es SI, ¿esta usted actualmente recibiendo beneficios de veteranos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (OA siga el Procedimiento)							
¿Fue alguna vez un cliente del Centro Regional, también conocido en ingles como Regional Center ? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Esta usted buscando servicios para reunificación familiar o custodia del niño? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Fue enviado a los servicios por la oficina de Probación o Parole o por la corte? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Esta buscando servicios porque tiene una demanda en contra suya? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Esta usted actualmente recibiendo tratamiento para su salud mental o para problemas con el alcohol o la droga? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Donde? :							
¿Cuántos niños menores de 18 años tiene usted, el cliente, bajo su cuidado?				¿Cuántos adultos dependientes tiene usted, el cliente, bajo su cuidado?			
Código de servicios especiales a la población: <input type="checkbox"/> A = Servicio de Asistencia Y Tratamiento en Consulta Externa (AB 1421) <input type="checkbox"/> C = Servicios Requeridos según el Plan Individualizado de Educación (IEP siglas en ingles) (AB 3632) Código del Distrito Escolar: _____ referirse a la lista del condado <input type="checkbox"/> G = Servicios según la Iniciativa del Gobernador para las Personas sin Hogar (GHI siglas en ingles) <input type="checkbox"/> N = Ningún servicio especial <input type="checkbox"/> W = Servicios especificados en el programa: Trabajo para el Bienestar (Welfare-to-work siglas en ingles)							
Déjenos saber porque esta usted aquí y la ayuda que le gustaría recibir:							

FORMA DE CONTACTO INICIAL

NOMBRE:

**Información Confidencial del Cliente
Vea el Codigo W&I 5328**

GRAFICO #:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA:

Describa su uso y si ha tenido problemas con el alcohol o las drogas:																																				
Fecha: _____ Nombre de la persona que completo esta forma: _____																																				
Discapacidad Física: (Por favor circule todas las que apliquen)																																				
<input type="checkbox"/> 00 = Ninguna <input type="checkbox"/> 01 = Impedimento Visual Severo <input type="checkbox"/> 02 = Impedimento del oído severo <input type="checkbox"/> 04 = Impedimento del Habla <input type="checkbox"/> 08 = Impedimento Físico/Movilidad <input type="checkbox"/> 16 = Discapacidad del Desarrollo (es decir. epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental, etc.) <input type="checkbox"/> 32 = Otros impedimentos Físicos (o enfermedad no puesta en una lista encima es decir, pérdida de miembros superiores, diabetes, hipertensión, cáncer, drogadicción, alcoholismo, etc)																																				
99 = No sabe																																				
Lengua Primaria: _____ Lengua preferida: _____																																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">A = Inglés</td> <td style="width: 20%;">H = Camboyano</td> <td style="width: 20%;">O = Ilocano</td> <td style="width: 20%;">V = Ruso</td> <td style="width: 20%;">3 = Otras Señales</td> </tr> <tr> <td>B = Español</td> <td>I = Lenguaje de Señales</td> <td>P = Mien</td> <td>W = Portugués</td> <td>4 = Otros Chinos</td> </tr> <tr> <td>C = Dialecto Chino</td> <td>J = Otro</td> <td>Q = Hmong</td> <td>X = Italiano</td> <td>9 = No sabe</td> </tr> <tr> <td>D = Japonés</td> <td>K = Cantones</td> <td>R = Turquíes</td> <td>Y = Árábigo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E = Dialecto Filipino</td> <td>L = Coreano</td> <td>S = Hebreo</td> <td>Z = Samoano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F = Vietnamita</td> <td>M = Mandarín</td> <td>T = Frances</td> <td>1 = Thai</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G = Laosiano</td> <td>N = Armenio</td> <td>U = Polaco</td> <td>2 = Farsi</td> <td></td> </tr> </table>		A = Inglés	H = Camboyano	O = Ilocano	V = Ruso	3 = Otras Señales	B = Español	I = Lenguaje de Señales	P = Mien	W = Portugués	4 = Otros Chinos	C = Dialecto Chino	J = Otro	Q = Hmong	X = Italiano	9 = No sabe	D = Japonés	K = Cantones	R = Turquíes	Y = Árábigo		E = Dialecto Filipino	L = Coreano	S = Hebreo	Z = Samoano		F = Vietnamita	M = Mandarín	T = Frances	1 = Thai		G = Laosiano	N = Armenio	U = Polaco	2 = Farsi	
A = Inglés	H = Camboyano	O = Ilocano	V = Ruso	3 = Otras Señales																																
B = Español	I = Lenguaje de Señales	P = Mien	W = Portugués	4 = Otros Chinos																																
C = Dialecto Chino	J = Otro	Q = Hmong	X = Italiano	9 = No sabe																																
D = Japonés	K = Cantones	R = Turquíes	Y = Árábigo																																	
E = Dialecto Filipino	L = Coreano	S = Hebreo	Z = Samoano																																	
F = Vietnamita	M = Mandarín	T = Frances	1 = Thai																																	
G = Laosiano	N = Armenio	U = Polaco	2 = Farsi																																	
Grupo Étnico con el cual se identifica más (CSI = Race): elija hasta 5 _____																																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">A = Anglo</td> <td style="width: 25%;">H = Vietnamita</td> <td style="width: 25%;">L = Filipino</td> <td style="width: 25%;">R = Samoano</td> </tr> <tr> <td>B = Afro-Americano</td> <td>I = Laosiano</td> <td>N = Otro</td> <td>S = Indio Asiático</td> </tr> <tr> <td>C = Nativo Americano</td> <td>J = Camboyano</td> <td>O = Desconocida</td> <td>T = Nativo de Hawaii</td> </tr> <tr> <td>G = Chino</td> <td>K = Japonés</td> <td>Q = Coreano</td> <td>U = Guameño</td> </tr> </table>		A = Anglo	H = Vietnamita	L = Filipino	R = Samoano	B = Afro-Americano	I = Laosiano	N = Otro	S = Indio Asiático	C = Nativo Americano	J = Camboyano	O = Desconocida	T = Nativo de Hawaii	G = Chino	K = Japonés	Q = Coreano	U = Guameño																			
A = Anglo	H = Vietnamita	L = Filipino	R = Samoano																																	
B = Afro-Americano	I = Laosiano	N = Otro	S = Indio Asiático																																	
C = Nativo Americano	J = Camboyano	O = Desconocida	T = Nativo de Hawaii																																	
G = Chino	K = Japonés	Q = Coreano	U = Guameño																																	
Grupo étnico de origen hispano																																				
<input type="checkbox"/> Y = Si <input type="checkbox"/> N = No <input type="checkbox"/> U = No sabe																																				
Nombre de la Madre: _____	Nombre de nacimiento del cliente: _____																																			
Lugar de Nacimiento: Condado: _____	Estado : _____ Pais: _____																																			
Nombre de la persona más allegada con usted: _____	tipo de relación: _____ Teléfono: _____																																			
Dirección donde vive la persona más allegada a usted: _____																																				
Empleo: (circule uno)																																				
<input type="checkbox"/> 1 = Tiempo complete <input type="checkbox"/> 8 = Escuela <input type="checkbox"/> 15 = No en la fuerza de trabajo <input type="checkbox"/> 2 = Medio tiempo <input type="checkbox"/> 12 = No esta trabajando (buscando) <input type="checkbox"/> 16 = No sabe <input type="checkbox"/> 4 = Ama de Casa <input type="checkbox"/> 13 = No esta trabajando (no esta buscando)																																				

FORMA DE CONTACTO INICIAL

NOMBRE:

Información Confidencial del Cliente
Vea el Codigo W&I 5328

GRAFICO #:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA: