



Table with 3 columns: Apellido, Primer nombre, Segundo nombre

Table with 3 columns: Fecha de nacimiento, N.º del Seguro Social, Sexo (Masculino, Femenino)

Si es mujer, ¿está embarazada? Sí No

¿Piensa sobre lastimarse a sí mismo o a los demás? Sí No

Seleccione la raza (a continuación, encierre en un círculo)

- Afroamericano/negro, Alasqueño, Hawaiano/isleño del Pacífico, Multi: africano/negro/blanco, Multi: otro, Nativo americano, Asiático, Caucásico/blanco, Multi: asiático/blanco, Multi: nativo americano/negro, Prefiero no decirlo, otro

Seleccione el origen étnico hispano (a continuación, encierre en un círculo)

- Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, otro, No soy hispano, Prefiero no decirlo

Nombre de preferencia: proporcione cualquier otro nombre que utilice, incluyendo el apellido de soltera/casada y sobrenombres

Empty text box for name of preference

¿Se ha mudado en los últimos 90 días? Sí No

De ser afirmativo (se ha mudado en los últimos 90 días), ¿cuántas veces?

¿Vive con hijos dependientes menores de 18 años de edad? Sí No

Tipo de residencia (a continuación, encierre en un círculo 1 opción)

- Prisión de Arlington, Centro de cuidados, Junta de Servicios Comunitarios (CSB) residencial, Auspiciador familiar/adoptivo, Sin hogar, Refugio para personas sin hogar, Hospital, Detención de menores, Hogar de ancianos, otro, Otro establecimiento de cuidados, Residencia privada, Tratamiento residencial, Refugio, Prisión estatal

Table with 3 columns: Dirección del domicilio/Número de apartamento, Ciudad, Estado, Código postal



Estado civil (a continuación, encierre uno en un círculo)

Divorciado(a) Casado(a) Soltero(a) Separado(a)
Viudo(a)

Table with 3 columns: Número de teléfono de contacto preferido, ¿Está de acuerdo con que lo llamen?, ¿Está de acuerdo con que le enviemos un mensaje?

Idioma de preferencia (a continuación, encierre uno en un círculo)

Dialecto africano Amárico Árabe Chino
Inglés Farsi/persa/darí Hindi Japonés
Coreano No verbal Ruso Lenguaje de señas
Español Tagalo Urdu Vietnamita

otro Describa otro:

¿Tiene un representante legal o tutor? Sí No

Nombre del representante legal

Parentesco con el representante legal (a continuación, encierre uno en un círculo)

Hijo Designado por el tribunal Amigo Otro pariente
Padre Hermano Cónyuge

Otro (describa)

Teléfono residencial del representante legal Trabajo Otro

Contacto de emergencia: proporcione información de contacto de una persona a la que podamos llamar en caso de emergencia

Nombre

Teléfono (residencial) (trabajo) (otro)

Parentesco con el contacto de emergencia (a continuación, encierre uno en un círculo)

Hijo Designado por el tribunal Amigo Otro pariente
Padre Hermano Cónyuge

Otro (describa)

Dirección de la calle y nro. de apto. del contacto de emergencia

Ciudad Estado Código postal



Médico de Cuidados Primarios (Primary Care Physician, PCP)

¿Tiene un Médico de Cuidados Primarios? (Encierre uno en un círculo) Sí No

¿Nos autoriza a comunicarnos con su Médico de Cuidados Primarios? (Encierre uno en un círculo) Sí No

Nombre del PCP: _____ Número de teléfono del PCP: _____

Fecha del último examen físico _____

Historial médico ¿Tiene o ha tenido? (encierre en un círculo todas las que corresponden)

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Anemia | Asma | Cáncer (especifique _____) |
| Cataratas | Fatiga crónica | Colitis |
| Enfermedad de Crohn | Diabetes | Mareos |
| Enfisema | Epilepsia (convulsiones) | Bocio |
| Enfermedades cardíacas | Soplo del corazón | Hepatitis |
| Presión arterial alta | Colesterol alto | VIH/SIDA |
| Ictericia | Enfermedad renal | Piedras renales |
| Leucemia | Presión arterial baja | Neumonía |
| Psoriasis | Embolia pulmonar | Enfermedad del reflujo/acidez |
| Fiebre reumática | Problemas del sueño | Úlcera estomacal |
| Accidente cerebrovascular | Problemas de la tiroides | Tuberculosis |
| Otro (especifique) | | |

Medicamentos actuales

Alergias a medicamentos (encierre uno en un círculo)

Sí No ¿A qué?

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluya los medicamentos y vitaminas o suplementos no recetados:

Nombre del medicamento	Dosis (incluya la concentración y el número de píldoras al día)	¿Durante cuánto tiempo ha estado tomando esto?
------------------------	---	--

1.

2.

3.

4.

5.



Alergias a alimentos, sustancias, factores ambientales	
Alergias a alimentos: (encierre uno en un círculo) No ¿A qué?	Sí
Alergias a sustancias: (encierre uno en un círculo) No ¿A qué?	Sí
Alergias ambientales: (encierre uno en un círculo) No ¿A qué?	Sí

Educación

Grado escolar completado más alto (a continuación, encierre uno en un círculo)

Jardín de infancia	1.º Grado	2.º Grado	3.º Grado
4.º Grado	5.º Grado	6.º Grado	7.º Grado
8.º Grado	9.º Grado	10.º Grado	11.º Grado
12º Grado	Primer año en la universidad	Segundo año en la universidad	Tercer año en la universidad
Cuarto año en la universidad	Licenciado/profesional	Preescolar/HeadStart	Sin escolarización
Educación especial	Solamente la escuela vocacional	Desconocido	

Estado de la asistencia escolar: actualidad (a continuación, encierre uno en un círculo)

N/A (más de 18)	No he asistido a la escuela en los últimos 3 meses	Asistí al menos un día a la escuela en los últimos 3 meses
-----------------	--	--

Estado laboral actual (a continuación, encierre uno en un círculo)

Tiempo completo (35+ horas a la semana)	Medio tiempo (menos de 35 horas a la semana)	Discapacitado	Grupo de apoyo conformado por empleados discapacitados
Ama de casa	Trabajo individual	Trabajo individual/temporal	Desempleado/no busco empleo
Jubilado	Empleo protegido	Empleo esporádico	Estudiante
Desempleado	Voluntario/prevocacional	Voluntario/no remunerado	

Servicio militar (a continuación, encierre uno en un círculo)

Servicio activo	Servicio de reserva	Dado de alta	Militar jubilado
Familiares dependientes	Prefiero no decirlo	Sin estado militar	Guardia nacional

Si sirvió en la milicia, indique el año en que comenzó	Si sirvió en la milicia, indique el año en que finalizó
---	--