

Informacion Del Cliente

Porfavor indique su respuesta en cada categoria

Nombre _____ **Fecha** _____

Idioma Principal:

- 10-Ingles 20-Espanol 90-Otro

Race:

- 10-Blanca Otra _____
 10-Hispana detalle
 20-Afro-Americana
 30-Asia

Origen hispano:

- 00-No Hispano
 11-Mexicano
 12-Puertorriqueño
 13-Cubano
 14-Centro /Sur-americano
 18-Otro Hispano
 99-Desconocido

Estado civil:

- 1-Soltero
 2-Casado
 3-Viudo
 4-Divorciado
 5-Separado

Educacion:

- 00-Jamas fue a la escuela
 01-11 ultimo grado completado _____
 20- Pre-escuela
 30-Secundaria
 31-Diploma de GED
 40-Entrenamiento despues de estudio
 41-Un año de colegio
 42-Dos años de colegio
 43- Tres años de colegio
 50- Titulo de colegio

Empleo:

- 11-Empleo a tiempo completo
 12--Empleo a tiempo medio
 20-Despedido
 30-No trabajo

Beneficios de Social Security/ Disability:

- 0-No aplica
 1-Recibiendo pagos
 2-Eligible, pero no recibo pagos
 3-Eligible, aplicacion pendiente
 5-Determinado como inelegible

Ciudadania:

- S-US Ciudadano N-No US Ciudadano
 S-Residente Legal N-No Residente Legal

Orden oficial por judicial/corte:

- 00 – No aplica
 08 –Evaluacion/assessoria

Estatus Militar:

- 0-No veterano 1-Veterano

Vivienda:

- 10-Sin techo
 21-Viviendo con padre/guardian
 22- Viviendo sin padre/guardian
 31-Residencia supervisada
 32-Residencia no supervisada
 90-Otro

Household Composition:

- 10-Vivo solo/a
 20-Vivo con 1 o mas parientes
 30-Vivo con 1 o mas no parientes

Tamano de personas en el hogar: _____

Ingreso mensual de hogar: _____

Ingreso mensual de cliente: _____

Contacto de emergencia	
Nombre	
Domicilio	
Telefono	
Relacion	

Representante legal: Padres/guardian	
Nombre	
Domicilio	
Telefono	
Relacion	

Medico principal	
Nombre	
Domicilio	
Telefono	

Opciones de recordatorio de cita: (Animamos el Texto)

- Voz Texto