



Formulario de Registro de Clientes de CHC

Para ser Completado por el Personal de CHC – Historia clínica N.º: _____ N.º Id. de Unicare: _____

Indique si los servicios son principalmente para su hijo o para usted: Para el niño Para mí (adulto o con edad legal para brindar el consentimiento)

Complete la siguiente información en la PÁGINA 1 en lo que respecta al cliente/niño

INFORMACIÓN DEL CLIENTE/NIÑO:

Información del Cliente y del Contacto de Emergencia:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Tratamiento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: Hombre: _____ Mujer: _____ Transgénero: _____

Prefiere autodescribirse: _____ Prefiere no mencionarlo: _____

Tipo de vivienda: Casa/Departamento Casa de acogida Hogar grupal Otro (especificar): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condición de empleo: Desempleado A tiempo completo A medio tiempo Estudiante N/A

Idioma principal (idioma utilizado la mayor parte del tiempo por el cliente/niño): _____ Nivel de educación/grado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia (nombre y teléfono): _____ Vínculo con el Cliente: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Nombre de la agencia de salud: _____

Información de contacto del médico de atención primaria (teléfono/domicilio): _____

Información de Antecedentes:

Nombre de nacimiento: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Seudónimo u otro nombre usado: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE TRATAMIENTO

Referido a CHC por (si corresponde): _____
NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN VÍNCULO CON EL CLIENTE

Nombre del Cliente/de la Madre del Niño: _____

Lugar de nacimiento del Niño/Cliente: _____
CONDADO ESTADO PAIS

¿El cliente/niño tiene un acuerdo de custodia con el estado/los tribunales (por ejemplo, a cargo del tribunal, a cargo del estado)?: Sí No

De ser así, ¿quién es el punto de contacto?: _____
NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN N.º DE TELÉFONO/CONTACTO

Idioma preferido: Niño/Cliente: _____ Padre/Tutor: _____

Origen étnico hispano: Sí No

Raza principal (marque todo lo que corresponda):

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aborigen de América | <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo | <input type="checkbox"/> Laosian | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> del Norte | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Mien | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Asiático (Otro) | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Indioasiático | <input type="checkbox"/> Guameño | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (Otro) | <input type="checkbox"/> Desconocido/No informado |

Otro (especificar): _____

¿Ha tenido interacciones con CHC en el pasado? Sí No

¿Cómo conoció CHC?: _____

TODA LA INFORMACIÓN QUE DEBE ACTUALIZARSE ANUALMENTE.



INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES:

Complete la siguiente información en la PÁGINA 2 en lo que respecta a los **padres/tutores** (si aplica)

Padre/Tutor [A]

Nombre: _____ | _____ Vínculo con el Cliente: _____
APELLIDO NOMBRE

Estado civil: Soltero/Nunca ha contraído matrimonio Casado Separado Divorciado Viudo Casado en segundas nupcias

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Teléfono móvil: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Teléfono laboral: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Preferencia de comunicación: Teléfono particular Teléfono móvil Teléfono laboral Correo electrónico

Nombre del empleador: _____

¿El Padre/Tutor [A] vive con el Cliente/Niño? Sí No

¿Cuál es el estado de custodia legal del Padre/Tutor [A]? Custodia exclusiva Custodia compartida/Conjunta Ninguna/Ausente

Padre/Tutor [B]

Nombre: _____ | _____ Vínculo con el Cliente: _____
APELLIDO NOMBRE

Estado civil: Soltero/Nunca ha contraído matrimonio Casado Separado Divorciado Viudo Casado en segundas nupcias

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Teléfono móvil: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Teléfono laboral: _____ ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Preferencia de comunicación: Teléfono particular Teléfono móvil Teléfono laboral Correo electrónico

Nombre del empleador: _____

¿El Padre/Tutor [B] vive con el Cliente/Niño? Sí No

¿Cuál es el estado de custodia legal del Padre/Tutor [B]? Custodia exclusiva Custodia compartida/Conjunta Ninguna/Ausente

Tenga en cuenta que, para los padres con derechos exclusivos de custodia, se deberá proporcionar a CHC una copia de los documentos del tribunal que describen el acuerdo de custodia. En los casos en que el otro padre/tutor esté ausente se solicitará al padre/tutor presente que firme un Formulario de Declaración Jurada de Cuidador.

Formulario completado por:

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

TODA LA INFORMACIÓN QUE DEBE ACTUALIZARSE ANUALMENTE.