



INFORMACIÓN DEL CLIENTE/REGISTRO

Por favor complete este formulario, agradecemos su esfuerzo para completarlo en su totalidad, JFS es una organización sin fines de lucro y la demografía del cliente nos permite solicitar y recibir subvenciones para respaldar nuestros programas. Toda la información es confidencial y está protegida por HIPAA.

Fecha de Hoy:		Nombre Del Cliente:	
Número de Seguro Social:	Fecha De Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No enlistado	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
Direccion de Casa:			
Número Celular:	Proveedor del móvil:	Número de teléfono de casa:	Correo electrónico:
Nombre del Contacto de Emergencia:		Relación con el Cliente:	Número de teléfono:
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		Raza: <input type="checkbox"/> Nativo de America/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Nativo de Africa <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Viviendo con Otra Persona <input type="checkbox"/> N/A		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual/Gay/Lesbiana <input type="checkbox"/> Bi-Sexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estimado Ingreso Anual:		Religion: <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> No Judío <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre del Padre /Guardian 1 (Solo Para Menores de Edad):		Nombre del Padre/Guardian 2 (Solo Para Menores de Edad):	
Número de teléfono:		Número de teléfono:	
Direccion de Casa (Si es diferente):		Direccion de Casa (Si es diferente):	
Nombre del Seguro Médico:		Número de Seguro Médico:	
Nombre del médico de familia:		Número de teléfono del médico de familia:	
Otro(s) tratamiento(s) de salud mental?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿con quién?:		Fecha(s):
¿Ya tiene una Directiva de Atención Médica Avanzada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si desea crear una, visite el sitio web a continuación (Inglés) : http://oag.ca.gov/search-results/?query=advance+directive	
Medicamentos que está Tomando Actualmente:			
Indique Brevemente los Problemas del Cliente:			
¿Dónde aprendió sobre JFS? :			
Toda la información es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo a JFS a contactarme por correo electrónico, mensaje de texto, teléfono y correo ordinario. <input type="checkbox"/> Opto por no recibir notificaciones sobre citas por mensaje de texto y/o correo electrónico.			
Nombre de la persona que ha completado el formulario :		Firma:	