

## FORMULARIO DE REGISTRO PARA SUMMITSTONE – MENOR (0-17 AÑOS)

Favor proporcionar la siguiente información o completar para la persona que solicita servicios

NÚMERO DE ID DEL CLIENTE:	FECHA DE HOY:
---------------------------	---------------

### INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO:	SEGUNDO NOMBRE:	NOMBRE:	
ORIENTACIÓN SEXUAL:	<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL	<input type="checkbox"/> BISEXUAL	<input type="checkbox"/> OTRO
	<input type="checkbox"/> LESBIANA/GAY/HOMOSEXUAL	<input type="checkbox"/> PANSEXUAL	<input type="checkbox"/> NO REVELADO O N/A
IDENTIDAD DE GÉNERO:	<input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> NO BINARIO
	<input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO (hombre a mujer)	<input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO (mujer a hombre)	<input type="checkbox"/> GENDERQUEER o INTERGÉNERO
¿ESTÁS EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURA
NOMBRE PREFERIDO:			
FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE:	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (dejar en blanco si no tiene uno)		

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

DIRECCIÓN POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	C.P.:
CONDADO:	¿PODEMOS ENVIARLE CARTAS POR CORREO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
DIRECCIÓN FÍSICA:	CIUDAD	ESTADO:	C.P.:
CONDADO:			

### FAVOR INDICAR AL MENOS UN MÉTODO DE CONTACTO

NÚMERO DE TELÉFONO:	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CELULAR	<input type="checkbox"/> TRABAJO
¿ESTÁN BIEN LOS MENSAJES DE VOZ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ESTÁN BIEN LOS MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
NÚMERO DE TELÉFONO:	<input type="checkbox"/> CASA		
¿ESTÁN BIEN LOS MENSAJES DE VOZ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ESTÁN BIEN LOS MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

### PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN

<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Teléfono de la casa	<input type="checkbox"/> Teléfono celular	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo	<input type="checkbox"/> No contactar
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:					
IDIOMA PRINCIPAL:					

### ETNICIDAD (USADO CON FINES PARA DATOS DEMOGRÁFICOS)

<input type="checkbox"/> No es hispano	<input type="checkbox"/> Hispano mexicano	<input type="checkbox"/> Hispano cubano	<input type="checkbox"/> Hispano portorriqueño	<input type="checkbox"/> Otra
--	---	---	--	-------------------------------

### RAZA (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> MENA: de Oriente Medio/Norte de África	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> de Asia meridional	<input type="checkbox"/> Otro

### GRADO ACTUAL O N/A

GRADO ACTUAL:	<input type="checkbox"/> NO APLICA
---------------	------------------------------------

### ESTADO LABORAL

<input type="checkbox"/> A tiempo parcial	<input type="checkbox"/> A tiempo completo	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Estudiante
<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Jubilado
<input type="checkbox"/> Recluso			

### ESTADO MARITAL

<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separado
---------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------------

### ESTADO COMO FUMADOR

<input type="checkbox"/> Nunca ha fumado	<input type="checkbox"/> Antiguo fumador	<input type="checkbox"/> Fumador empedernido de tabaco	<input type="checkbox"/> Fumador ligero de tabaco
--	--	--	---

**SITUACIÓN ACTUAL DE VIVIENDA (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Padres de acogida	<input type="checkbox"/> Tutor
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Esposo,a
<input type="checkbox"/> Hermano(s)	<input type="checkbox"/> Pareja/Persona especial	<input type="checkbox"/> Persona sin hogar
<input type="checkbox"/> Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Persona(s) no relacionada(s)	<input type="checkbox"/> Persona dependiente viviendo en un entorno supervisado
<input type="checkbox"/> Persona dependiente viviendo con sus padres	<input type="checkbox"/> Parientes (familiares)	

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del contacto:	Relación:	Número de teléfono:
¿Vive el contacto de emergencia con el cliente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR – NÚMERO UNO**

Apellido:	Nombre:	Seguridad Social:
Dirección		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
NÚMERO DE TELÉFONO:	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO
¿PODEMOS DEJARLE MENSAJES DE VOZ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Relación con el cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR – NÚMERO DOS**

Apellido:	Nombre:	Seguridad Social:
Dirección		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO
¿PODEMOS DEJARLE MENSAJES DE VOZ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿PODEMOS ENVIARLE MENSAJES DE TEXTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Relación con el cliente	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro

¿Se ha proporcionado a SummitStone un documento legal con información sobre la toma de decisiones médicas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

**INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO (ESTA INFORMACIÓN ES USADA SÓLO PARA ASEGURAR EL TRATAMIENTO APROPIADO)**

**POR FAVOR MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE DESCRIBEN SUS NECESIDADES**

<input type="checkbox"/> Servicios de crisis	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> Servicios de recuperación de adicciones
<input type="checkbox"/> Servicios laborales	<input type="checkbox"/> Búsqueda de recursos comunitarios	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> NINGUNO		

¿Fue referido para tratamiento? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, ¿POR QUIÉN?
¿Necesita tratamiento o una evaluación por orden judicial? Si sí, marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental	<input type="checkbox"/> Evaluación de drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> Anger Management	<input type="checkbox"/> Other

**FAVOR MARCAR TODOS LO QUE APLICAN A SU SITUACIÓN ACTUAL**

<input type="checkbox"/> Me siento amenazado por alguien/algo	<input type="checkbox"/> Tengo pensamientos de hacerme daño
<input type="checkbox"/> Tengo pensamientos de hacerle daño a otros	<input type="checkbox"/> Asuntos legales: Número de arrestos en los últimos 30 días: Número de arrestos por conducir bajo la influencia (DUIs) en los últimos 30 días:
<input type="checkbox"/> NINGUNO	