

FAMILY SERVICE &  
GUIDANCE CENTER

FOR INTERNAL OFFICE USE ONLY

CLIENT NAME: \_\_\_\_\_

CLIENT ID: \_\_\_\_\_

CLIENT GUARDIANSHIP (CHECK APPROPRIATE OPTION):

Client is under 18  Client is 18/older  Client is 18/older w/legal guardian  Client emancipated

CLIENT

### FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Gracias por elegir Family Service & Guidance Center (FSGC). Complete el formulario siguiente para ayudarnos a satisfacer sus necesidades.

#### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido del Cliente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre preferido del cliente (si es diferente) \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Casado  Nunca se a casado  
Estatus militar:  Veterano  Activo  N/A

Nombre del cliente al nacer (si es diferente) \_\_\_\_\_ Origen étnico: Hispánico or Latino  Si  No  
Raza:  Hawái nativo o Otro Isleño del Pacífico  Asiático  Blanco  
 Amerindio o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano  
Cliente empleado:  No  Si \_\_\_\_\_  Otro/Desconosco: \_\_\_\_\_

Sexo del cliente al nacer:  Mujer  Hombre  
Género identificado por el cliente:  Mujer  Hombre  Non-binary  Transgénero  Intersexualidad  
(Marque todo lo que aplica)  Prefiero no responder  \_\_\_\_\_

Se aplica alguna de las siguientes opciones:  Participar en el programa de trabajo protegido  Empleo transitorio  
 Trabaja >30hrs/semana  Trabaja < 30hrs/semana  
 Retirado  Participa en el voluntariado continuo  N/A

#### HISTORIAL DE SALUD DEL CLIENTE

Nombre/ubicación del proveedor primario de cuidado \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita \_\_\_\_\_

Condiciones médicas preexistentes:  No  Si (Por favor, enumere) \_\_\_\_\_

Alergias conocidas:  No  SI (Por favor, enumere) \_\_\_\_\_

Se le prescribe al cliente algún medicamento de emergencia para sus alergias:  No  Si  
(Por favor, enumere) \_\_\_\_\_

El cliente ha recibido tratamiento previo para sus necesidades de salud mental:  No  Si  
(Por favor, marque todo lo que aplica)

- Terapia  Administración de medicamentos  Tratamiento por uso de sustancias  Hospitalización  
 Crisis Estabilización

---

### **HISTORIAL EDUCATIVO DEL CLIENTE**

Nombre de la escuela actual: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Por favor, marque si la escuela es una escuela alternativa, incluida la escuela en línea

Cliente actualmente no inscrito en la escuela  Cliente inscrito en Preescolar  El cliente es educado en casa

Cliente inscrito en Educación Post-Secundaria Nivel más alto de educación / grado completado: \_\_\_\_\_

El cliente tiene lo siguiente:  IEP  504 Plan  GEI Plan  Otro  N/A

Está el cliente en una clase de educación especial:  No  Si

---

### **HISTORIAL DEL CLIENTE CON SISTEMA LEGAL**

Cliente involucrado con DCF:  No  Si Cliente involucrado con la Autoridad de Justicia Juvenil:  No  Si

(En caso afirmativo, marque el estado a continuación)

- |                                                                     |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bajo supervisión                           | <input type="checkbox"/> Bajo supervisión                           |
| <input type="checkbox"/> En custodia con colocación de hogar        | <input type="checkbox"/> En custodia con colocación de hogar        |
| <input type="checkbox"/> En custodia sin colocación fuera del hogar | <input type="checkbox"/> En custodia sin colocación fuera del hogar |

Contacto de la policía del cliente:  No  Si/ cuántos contactos: \_\_\_\_\_ Cliente arrestado:  No  si/ cuántas veces: \_\_\_\_\_

---

### **INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL DEL CLIENTE**

El cliente vive actualmente con: \_\_\_\_\_ Su relación con el cliente es: \_\_\_\_\_

#### **Información de el tutor Iniciando el tratamiento hoy:**

\_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Fecha de Nacimiento Seguro Social #

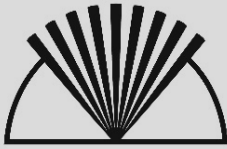
\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente Número de teléfono  Marque para recordatorios de llamadas de citas

\_\_\_\_\_  
Dirección (Si es diferente del cliente) Ciudad Condado Estado Código Postal

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico  Marque para consentir la comunicación por correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Lugar de trabajo Número de teléfono del trabajo

Estado de tutela:  Custodia exclusiva  
 Custodia compartida (con colocación de hogar)  Custodia compartida (no residencial)



FAMILY SERVICE &  
GUIDANCE CENTER

CLIENT ID: \_\_\_\_\_ (FOR INTERNAL OFFICE USE ONLY)

Cell Phone \_\_\_\_\_

PREFERRED METHOD OF COMMUNICATION:

Email \_\_\_\_\_

Work Phone \_\_\_\_\_

CLIENT \_\_\_\_\_

**Información para tutor adicional:**

\_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro Social #
----------	--------	---------------------	-----------------

\_\_\_\_\_

Relación con el cliente	Número de teléfono	<input type="checkbox"/> Marque para recordatorios de llamadas de citas
-------------------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------

\_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente del cliente)	Ciudad	Condado	Estado	Codigo Postal
-----------------------------------------	--------	---------	--------	---------------

\_\_\_\_\_  Marque para consentir la comunicación por correo electrónico

\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo	Número de teléfono del trabajo
------------------	--------------------------------

Estado de tutela:  Custodia exclusiva  
 Custodia compartida (con colocación de hogar)  Custodia compartida (no residencial)

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **relación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Additional Household Member Information:**

Name	Date of Birth	Relationship to Client	Current Client of FSGC

I have read the questions and assert the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_

Client Signature (age 14 or older)	Client Printed Name	Date
------------------------------------	---------------------	------

Legal Guardian Signature

Legal Guardian Printed Name

Date