

PHOCIS Hoja de Información de Cliente

DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #1

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)		Sufijo: (Jr., Sr., III)		Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):		Número de Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	
País De Nacimiento:	Estado De Nacimiento:	Idioma Principal: <input type="checkbox"/> ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro		Niño(a) de Crianza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacífica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido		Hispano o Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo de Seguro (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):					

DIRECCIÓN O DOMICILIO (ENLISTE TODO LO QUE APLIQUE)

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Tenemos permiso para contactarlo?
Dirección Postal				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
Dirección Confidencial				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección Física				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Se debe proporcionar una dirección confidencial

CONTACTOS TELEFÓNICOS (APUNTE SOLO NUMEROS EN CUAL PODAMOS CONTACTAR A USTED)

Número de Teléfono:	Mensaje/Texto SMS Número:
Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono del Contacto de Emergencia:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Domésticos: \$ _____ por <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Dos veces al Mes <input type="checkbox"/> Cada otra Semana <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Hora / Numero de horas trabajadas por semana: _____	Número de Personas sostenidas con ingreso:
---	---

TUTOR (CUANDO CLIENTES SON MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____

POR FAVOR FIRME Y DÉLGUE LA FECHA PARA VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN SEA CORRECTA

Firma:	Fecha de Hoy:
---------------	----------------------

DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #2 (La información de contacto y los ingresos son los mismos que el cliente #1)

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)		Sufijo: (Jr., Sr., III)		Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):		Número de Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	
País De Nacimiento:		Estado De Nacimiento:		Idioma Principal: <input type="checkbox"/> ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido		Tipo de Seguro (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):	
Nombre del tutor (apellido, nombre):		Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			

DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #3 (La información de contacto y los ingresos son los mismos que el cliente #1)

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)		Sufijo: (Jr., Sr., III)		Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):		Número de Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	
País De Nacimiento:		Estado De Nacimiento:		Idioma Principal: <input type="checkbox"/> ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido		Tipo de Seguro (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):	
Nombre del tutor (apellido, nombre):		Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			

DEMOGRAFICOS DEL CLIENTE #4 (La información de contacto y los ingresos son los mismos que el cliente #1)

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)		Sufijo: (Jr., Sr., III)		Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):		Número de Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	
País De Nacimiento:		Estado De Nacimiento:		Idioma Principal: <input type="checkbox"/> ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> lenguaje de señas americano <input type="checkbox"/> otro	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano/Otro Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido		Tipo de Seguro (mostrar comprobante de seguro): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> No Seguro <input type="checkbox"/> Privado (ID del pagador/EDI: _____) Número del miembro: Número del grupo (si procede): Asegurado(a): Relación a asegurado(a):	
Nombre del tutor (apellido, nombre):		Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____			