

PHOCIS Client Information Worksheet

Reason for Today's Visit:	Date (MM/DD/YYYY):
---------------------------	--------------------

CLIENT DEMOGRAPHICS

Name: (Last, First, Middle)		Suffix (Jr., Sr., III)	
Date of Birth (MM/DD/YYYY):	SSN:	Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	
Birth Country:	Birth State:	Foster Child: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/ Pacific Island <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____	Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Legally Separated <input type="checkbox"/> Unknown	Hispanic or Latino: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		Insurance Type: <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No Insurance	Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> American Sign <input type="checkbox"/> Other: _____
Mother's Maiden Name: _____			

TODAY'S VISIT

MAY WE BILL YOUR INSURANCE? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes YOUR INSURANCE POLICY HOLDER MAY RECEIVE INFORMATION ABOUT TODAY'S VISIT IF MARKED "YES".

ADDRESS (PLEASE LIST ALL THAT APPLY)

Street Number and Name	City	State	Zip Code	May we contact you at this address?
Address:				<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No*
Confidential Address:				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

***A Confidential Address MUST be provided if checked**

PHONE NUMBERS (LIST ONLY NUMBERS AT WHICH WE MAY CONTACT YOU)

Phone Number:	Message/Text Phone Number:
Emergency Contact Name:	Emergency Contact Phone Number:

HOUSEHOLD INCOME

Income: \$ _____ per <input type="checkbox"/> Year <input type="checkbox"/> Hour / Numbers of hours worked per week: _____ <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Twice a Month <input type="checkbox"/> Every Other Week <input type="checkbox"/> Month	Number of people in household supported by income: _____
---	--

GUARDIANSHIP (REQUIRED FOR ALL CLIENTS UNDER 18 YEARS OF AGE)

Name: (Last, First, Middle)	SSN:
Relationship: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other: _____	

PHOCIS Hoja de Información de Nuevo Cliente

La razón de su visita:	Fecha (MM/DD/YYYY):
------------------------	---------------------

DEMOGRAFICOS

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)		Sufijo: (Jr., Sr., III)	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):	Número de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
País De Nacimiento:	Estado De Nacimiento:	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 Pacifica <input type="checkbox"/> Raza Blanca <input type="checkbox"/> Otros: _____	Estado Marital: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Desconocido	Hispano o Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> No Seguro	Idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
Apellido de Soltera de la Madre del Cliente: _____			

VISITA DE HOY

¿PODEMOS COBRAR A SU SEGURO? No Sí
El titular de su póliza de seguro puede recibir información sobre la visita de hoy si está marcada como "sí".

DIRECCIÓN O DOMICILIO (ENLISTE TODO LO QUE APLIQUE)

Dirección o Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Tenemos permiso para contactarlo en la dirección de correo indicada?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
Dirección Confidencial preferido para correo:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

***Una Dirección Confidencial DEBE SER previsto si se marca**

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:

INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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