



## FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>		<b>fecha de nacimiento</b>		<b>Género</b>		<b>SSN</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>				<b>Estado civil</b>		<b>Raza</b>	
Origen étnico	Número de Medicaid	Idioma principal		¿Se necesita intérprete?		Número de contacto	
Contacto alternativo #	Nombre y relación del padre/tutor			Escuela / Empleador del Cliente			
Historial médico							
Necesidades sanitarias actuales				¿Enumere algún medicamento actual?			
¿Alergias conocidas? Y ( ) No ( )				¿Está recibiendo servicios de otra agencia? Y ( ) N ( )			
¿Ha recibido anteriormente servicios de salud mental/conductual? Y ( ) N ( )				En caso afirmativo, indique el motivo del servicio, las fechas y el nombre del proveedor del servicio.			
Nombre del médico de atención primaria y número de contacto							
Fuente de referencia y número de contacto				¿Es elegible para el servicio? Y ( ) N ( ). Si la respuesta es No, indique el motivo			
Fuente y fecha de referencia de la comunidad				¿En qué fecha y hora desea una cita?			

Personal de AHS: \_\_\_\_\_

