



FAMILY SERVICE &
GUIDANCE CENTER

FOR INTERNAL OFFICE USE ONLY

ID Number: _____

PREFERRED METHOD OF COMMUNICATION:

Cell Phone _____ Work Phone _____

Email _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN

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

INFORMACIÓN

Apellido Nombre Segundo Nombre Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad Condado Estado Código postal

Nombre preferido (si es diferente) Seguro Social # Número de teléfono

Nombre al nacer (si es diferente) Estado Civil: Casado Nunca se a casado
Estatus militar: Veterano Servicio Activo
 Miembro de la familia N/A

Origen étnico: Hispánico or Latino No Si

Raza: Hawái nativo o Otro Isleño del Pacífico Asiático Blanco Amerindio o Nativo de Alaska
 Negro o Afroamericano Otro/Por favor, especifique: _____

Sexo al nacer: Mujer Hombre

Género identificado: (Marque todo lo que aplica) Mujer Hombre Non-binary Transgénero Intersexualidad
 Otro/Por favor, especifique _____ Prefiero no responder

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual (Gay or Lesbiana) Bisexual Afeminado Pansexual Indecisa/o
 Asexual Algo más? Por favor especificar _____ Prefiero no contestar

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

¿Se necesitarán servicios de interpretación?? No Si

Si es si, ¿Qué tipo de interpretación se necesita? _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Empleado: No Si (Por Favor, especificar el lugar de trabajo) _____

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

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS ANTERIORES

Ha recibido tratamiento previo para sus necesidades de salud conductual: No Si (Por favor, marque todo lo que aplica) Terapia Manejo de Medicamentos Tratamiento por consumo de sustancias Hospitalización Estabilización de Crisis

HISTORIAL EDUCATIVO

Nivel más alto de educación / grado completado: _____

Actualmente matriculado en la escuela: No Si

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre de la escuela actual: _____ Grado actual: _____

La escuela es: Una escuela alternativa, incluida la escuela en línea Preescolar Educación Post-Secundaria Es educado en casa

Existen las siguientes medidas: IEP 504 Plan GEI Plan Clase de Educación Especial Otro/Por favor, especifique: _____ N/A

HISTORIAL CON SISTEMA LEGAL

Involucrado con Dept. of Children and Families (DCF):

- No Si (En caso afirmativo, marque:)
- Bajo supervision
- En custodia con colocación de hogar
- En custodia sin colocación fuera del hogar

Involucrado con la Justicia Juvenil o Sistema de Justicia Penal:

- No Si (En caso afirmativo, marque:)
- Bajo supervisión
- En custodia con colocación de hogar
- En custodia sin colocación fuera del hogar

Contacto de la policía: No Si/ cuántos contactos: _____ Arrestado: No Si/ cuántas veces: _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL

Vive actualmente con: _____ Su relación con el es: _____

Información de el tutor Iniciando el tratamiento hoy:

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

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

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

_____ Marque para consentir la comunicación por correo electrónico
Dirección de 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) Otro/Por favor, especifique: _____

