

# FORMULARIO A

## FORMULARIO DE ADMISIÓN FAMILIAR

Sección 1. Familiar que solicita servicios					
<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Inicial:</b>	<b>Apodo</b> (Nombre que prefiere ser llamado):	<b>Fecha de nac. y edad:</b>	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> _____
<b>Servicios necesarios</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Fecha de comunicación inicial:</b>		
<b>Dirección:</b>		<b>N.º de apt.</b>	<b>Teléfono de la casa:</b>	<b>Teléfono celular:</b>	
<b>Ciudad/Pueblo:</b>		<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Condición del miembro de la familia:</b> (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Padre/Madre biológicos <input type="checkbox"/> Cuidador/a familiar <input type="checkbox"/> Padraastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre/Madre adoptivos <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Joven no acompañado (actualmente menor de 19 años de edad) <input type="checkbox"/> Crianza compartida <input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Otro: _____			<b>Estado civil</b> ( Marque todo lo que corresponda ) <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> N/C		
<b>Ingresos (Opcional): ¿Cuál es su ingreso total familiar?</b> <div> <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000    <input type="checkbox"/> \$30,000 a \$39,999    <input type="checkbox"/> \$60,000 a \$69,999    <input type="checkbox"/> \$90,000 a \$99,999  <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$19,999    <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$49,999    <input type="checkbox"/> \$70,000 a \$79,999    <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,999  <input type="checkbox"/> \$20,000 a \$29,999    <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$59,999    <input type="checkbox"/> \$80,000 a \$89,999    <input type="checkbox"/> \$150,000 o más           </div>					
<b>Seguro Médico: ¿Tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No contestó					
<b>Raza/Origen étnico:</b> <b>¿Cuál es la raza u origen étnico del familiar?</b> (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/> No, no es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español. <i>Escriba el origen, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español y así sucesivamente.</i> _____ <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana y país africano <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska. <i>Escriba el nombre de la tribu principal o inscrita.</i> _____ <div> <input type="checkbox"/> Hindú    <input type="checkbox"/> Japonés    <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái    <input type="checkbox"/> Chino    <input type="checkbox"/> Coreano  <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro    <input type="checkbox"/> Filipino    <input type="checkbox"/> Vietnamita    <input type="checkbox"/> Samoa  <input type="checkbox"/> Otro isleño del pacífico- <i>Escriba la raza, por ejemplo, de Fiji, tongano y así sucesivamente.</i> _____  <input type="checkbox"/> Otro asiático. <i>Escriba la raza; por ejemplo, hmong, laosiano, tailandés, pakistaní, camboyano y así sucesivamente.</i> _____  <input type="checkbox"/> Alguna otra raza. <i>Escriba la raza</i> _____           </div>					
<b>Idioma principal:</b> <i>Identifique una de la lista a continuación</i> <div> <input type="checkbox"/> Inglés    <input type="checkbox"/> Portugués de Brasil    <input type="checkbox"/> Hmong    <input type="checkbox"/> Ruso  <input type="checkbox"/> Dialectos africanos    <input type="checkbox"/> Dialectos birmanos    <input type="checkbox"/> Italiano    <input type="checkbox"/> Español  <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano    <input type="checkbox"/> Cantonés    <input type="checkbox"/> Khmer/camboyano    <input type="checkbox"/> Vietnamita  <input type="checkbox"/> Amárico    <input type="checkbox"/> Criollo de Cabo Verde    <input type="checkbox"/> Chino mandarín    <input type="checkbox"/> Desconocido  <input type="checkbox"/> Árabe    <input type="checkbox"/> Francés    <input type="checkbox"/> Moldavo    <input type="checkbox"/> Otro: _____  <input type="checkbox"/> Armenio    <input type="checkbox"/> Criollo de Haití    <input type="checkbox"/> Portugués europeo           </div>					

**Servicio militar:**  
☐ S    ☐ N    ☐ Activo    ☐ Guardia nacional    ☐ Reserva    ☐ Veterano    ☐ No contestó

Último despliegue: \_\_\_\_\_  
 Fecha

Información del miembro de la familia:						
Nombre	Apellido	Escuela donde asiste actualmente	Fecha de nac. y edad	Género	Parentesco con el familiar que solicita servicios	Servicios necesarios
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

**Tipo de hogar:**    ☐ Un solo padre o madre    ☐ Dos padres    ☐ Varios padres    ☐ Multigeneracional

**Tamaño del hogar:** Número total de niños/jóvenes que viven en el hogar: \_\_\_\_\_ Número total de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

**Sección 2. Servicios solicitados**    ¿Qué lo trajo aquí hoy?

**Motivo de la visita:** (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> El niño tiene problemas para seguir las reglas <input type="checkbox"/> El niño falta a la escuela ¿Cuántos días en los últimos 3 meses? _____ ¿Sabe usted por qué? _____ _____ <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez se escapó el niño? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Cuándo fue la última vez? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Enviado por el tribunal <input type="checkbox"/> Enviado por la escuela <input type="checkbox"/> Enviado por otra agencia: _____ (nombre de la agencia)	<input type="checkbox"/> Busco información sobre crianza/educación sobre crianza <input type="checkbox"/> Tema escolar / Información escolar <input type="checkbox"/> Información sobre cuidado infantil <input type="checkbox"/> Información para actividades después de la escuela <input type="checkbox"/> Inquietudes sobre uso de drogas <input type="checkbox"/> Inquietudes de salud / de salud mental <input type="checkbox"/> Temas de dificultad familiar / Financiera <input type="checkbox"/> Vivienda / Alquiler <input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Temas laborales <input type="checkbox"/> Educación continuada para cuidadores <input type="checkbox"/> Temas legales/Inmigratorios <input type="checkbox"/> Servicios de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Intervención del DCF / Apoyos <input type="checkbox"/> Familias desplazadas por desastres naturales <input type="checkbox"/> Alimentos/Nutrición <input type="checkbox"/> Solicitud de SNAP / Asistencia con beneficios <input type="checkbox"/> Actividades para adolescentes/adultos jóvenes <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---	---

*¿Cómo se enteró sobre nosotros?*

<input type="checkbox"/> Amigo / Familiar	<input type="checkbox"/> CSA (Agencia de servicios comunitarios)	<input type="checkbox"/> DTA (Departamento de Asistencia Transicional)
<input type="checkbox"/> Tribunal / Funcionario de libertad condicional	<input type="checkbox"/> Otros servicios/Apoyo CBHI (Iniciativa de salud conductual en la niñez)	<input type="checkbox"/> DYS (Departamento de Servicios Juveniles)
<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Iglesia / Organización basada en la fe / Ministro	<input type="checkbox"/> Otra agencia estatal: _____
<input type="checkbox"/> EI (Intervención Temprana)	<input type="checkbox"/> Mass211	<input type="checkbox"/> Otra agencia local: _____
<input type="checkbox"/> Preescolar / Head Start	<input type="checkbox"/> Una familia que usó los servicios de FRC: _____	<input type="checkbox"/> Redes sociales: _____
<input type="checkbox"/> WIC (Mujeres, Infantes y Niños)	<input type="checkbox"/> DCF (Departamento de Niños y Familias)	<input type="checkbox"/> Medios de comunicación impresos: _____
<input type="checkbox"/> Pediatra / Médico familiar	<input type="checkbox"/> DMH (Departamento de Salud Mental)	<input type="checkbox"/> Por cuenta propia
<input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención de salud		<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Clínica/consejero de salud mental		

*Solo para uso de la oficina*

**(Marque todo lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/> Información y referencia	<input type="checkbox"/> Referencia externa
<input type="checkbox"/> Servicios del Centro de Recursos Familiares	<input type="checkbox"/> Evaluación de necesidades y fortalezas de la familia (CANS Familiar)
	<input type="checkbox"/> Plan de apoyo familiar

**Método de comunicación preferido:**

Correo electrónico: ☐ Autoriza   ☐ No autoriza    Teléfono: ☐ Autoriza   ☐ No autoriza    Correo postal: ☐ Autoriza   ☐ No autoriza

**Notas:**