

PHOCIS Hoja de Información de Nuevo Cliente

FECHA DE HOY:		MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:	
Por favor imprima ** Por favor complete cada caja abajo con la información que aplica al cliente recibiendo los servicios hoy** Por favor imprima			
Apellido Legal del Cliente:		¿Tenemos permiso para contactarlo en la dirección de correo indicada? Sí No	
Primer Nombre Legal del Cliente :		Es importante que seamos capaces de ponernos en contacto con usted en caso de una emergencia. Si no desea ser contactado en la dirección de correo indicada, favor de incluir una dirección confidencial donde pueda ser contactado en la siguiente línea.	
Segundo Nombre del Cliente:			
Sufijo – (Escoja uno, si pertinente) II III IV Jr. Sr. V		Dirección Confidencial preferido para correo:	
Fecha de Nacimiento del Cliente:			
Número de Seguro Social del Cliente:	Sexo del Cliente: Femenino Masculino	Contactos Telefónicos del Cliente: Haga una lista de números de contactos preferidos:	
El Cliente es gemelo, trillizo, etc.: Sí No		Numero de Celular: ()	Hogar: ()
País de Nacimiento del Cliente:	Estado de Nacimiento del Cliente	Mensaje: ()	Emergencia: ()
Idioma del Cliente: Lenguaje de Señas Americano. Ingles Otro Español		Confidencial: ()	Bíper: ()
El cliente es un niño(a) de Crianza (Foster Child): Sí No		Trabajo: ()	Texto SMS: ()
Raza del Cliente: Raza solamente usada para propósitos estadísticos y no afecta elegibilidad. (Escoja todos los que apliquen):		Nombre y número de contacto de alguien más que no sea usted:	
Indio-Americano/Nativo de Alaska		Correo Electrónico de Cliente (opcional):	
Asiático		Si el cliente es menor de 11 años de edad por favor complete información del tutor.	
Afro-Americano		Relación: Padre Tutor Legal Madre Otro	
Nativo Hawaiano/Otra Isla Pacifica		Apellido del tutor:	
Raza Blanca		Primer nombre del tutor:	
Grupo Étnico del Cliente: Hispano o de Origen Latino		Inicial del segundo nombre del tutor:	
No Hispano ni Origen Latino		Número de seguro social del tutor:	
Estado Marital del Cliente:		INFORMACIÓN FINANCIERA: Unos servicios pueden requerir información adicional	
Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a)		Ingresos Domésticos Anual:	
Viudo Separado Legalmente Desconocido		Número de Personas sostenidas con Ingreso:	
Apellido de Soltera de la Madre del Cliente:			
Dirección de Domicilio del Cliente:		Seguro Médico de Cliente: POR FAVOR DE TENER SU IDENTIFICACIÓN Y TARJETA DE SEGURO MÉDICO DISPONIBLE	
Ciudad:	Estado:	Código Postal	
Dirección Postal del Cliente, si diferente:		Tipo de Seguro Médico Actual: (Circule las que apliquen)	
Ciudad:		No Seguro Médico Privado Medicare IHS Medicaid Militar	
Estado:		Código Postal	