

- Manal de beneficiario dada
- Directorio de proveedores de CCMHP dado
- Registro del cliente
- Actualización del cliente



# Registro del cliente

Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

Identificación del consumidor: \_\_\_\_\_

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

## NOMBRE DEL CLIENTE

Apellido actual del cliente	Primer nombre	Segundo nombre	Tratamiento (Sr., Jr)	Sufijo de nombre
-----------------------------	---------------	----------------	-----------------------	------------------

## IDENTIFICACIÓN

Fecha de nacimiento	Nro. del Seguro Social:	Nro. de clasificación del cliente (CIN)	Nro. de Licencia de Conducir	Estado de licencia de conducir
Apellido de la madre	Primer nombre de la madre	País de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento

## DIRECCIÓN

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal +4
<b>Tipo de dirección (Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Condado de residencia	Condado de responsabilidad	Correo electrónico:	

## TELÉFONO

Número de teléfono	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Buscapersonas <input type="checkbox"/> Trabajo
--------------------	---

## DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Empleado de atención médica? (Solamente para adultos) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Entorno de cuidado colectivo? <input type="checkbox"/> Si - Nombre de instalación: _____ <input type="checkbox"/> No
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> Se desconoce	Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> No recopilado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Se desconoce

Nro. de dependientes menores de 18:	Nro. de dependientes mayores de 18:
-------------------------------------	-------------------------------------

<b>Origen hispano: (marque una respuesta)</b> <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano-estadounidense <input type="checkbox"/> Se desconoce/Sin declarar <input type="checkbox"/> No hispano	Apellido de soltera de la madre: _____  Condición de veterano <input type="checkbox"/> Sí
--	---

<b>Raza: (marque todas las opciones que correspondan)</b>					
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco o caucásico
<input type="checkbox"/> Indioamericano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro del Sudeste Asiático	<input type="checkbox"/> Se desconoce/ Sin declarar
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Latinoamericano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Samoano	
<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Mexicano-estadounidense	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Otro hispano		

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

MRN/Identificación del cliente \_\_\_\_\_

<b>Idioma primario: (marque una respuesta)</b>		<b>Idioma preferido: (marque una respuesta)</b>	
<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas estadounidense	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas estadounidense	<input type="checkbox"/> Mandarín
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Mien
<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Otro chino	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Otro chino
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Otros idiomas distintos del inglés	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Otros idiomas distintos del inglés
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Otro lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Otro lenguaje de señas
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Polaco
<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Portugués
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Ruso
<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Ilocano	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Ilocano	<input type="checkbox"/> Tagalo
<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Turco
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Se desconoce/ Sin declarar	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Se desconoce/ Sin declarar
Competencia: Habla: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo    Lee: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo		Competencia: Habla: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo    Lee: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo	
<b>EDUCACIÓN</b>		<b>ADAPTACIONES</b>	
<b>Tipo:</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Grado-Indicar el nivel académico más alto alcanzado _____	<input type="checkbox"/> El cliente no contesta <input type="checkbox"/> Se desconoce/Sin declarar <b>Título:</b> <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MD/DO <input type="checkbox"/> PhD	<b>Discapacidad: (marque una respuesta)</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Audición y habla	
<b>Escuela Distrito:</b> _____		<input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Otra discapacidad	
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA O MENSAJE</b>			
<b>Relación con el cliente:</b>		<b>Tipo de contacto:</b> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Mensaje	
<b>Tipo de nombre:</b> <input type="checkbox"/> Nombre actual <input type="checkbox"/> Nombre legal <input type="checkbox"/> Nombre preferido <input type="checkbox"/> Apellido de casada <input type="checkbox"/> Nombre de nacimiento <input type="checkbox"/> Alias			
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Número del Seguro Social</b>
<b>GARANTE (Si es distinto a uno mismo)</b>			
<b>Relación con el consumidor:</b>		<b>Tipo de nombre:</b> <input type="checkbox"/> Nombre actual <input type="checkbox"/> Nombre preferido <input type="checkbox"/> Nombre de nacimiento <input type="checkbox"/> Alias <input type="checkbox"/> Nombre legal <input type="checkbox"/> Apellido de casada	
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Nro. del Seguro Social</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal +4</b>
			<b>Nro. de teléfono</b>

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales del ingreso de datos