

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

¿Está bien para sesiones de video? Si No

Nombre de la Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección si es diferente a la del cliente: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

¿Está bien para sesiones de video? Si No

Numero de Licencia de Conducir: _____ Relación hacia el / la Cliente: _____

RECORDATORIO / INFORMACIÓN DE CONTACTO

¿Desea recibir llamadas recordatorias? Si No

FORMATO: Voz (mensaje dual en inglés y español)
 Texto: oldmillcenter to 622622 (RECOMENDADO)

Nombre de la Persona Responsable: _____

Número Telefónico: _____ ¿Está bien dejar un mensaje? Si No
¿Vive con el cliente? Si No

Nombre de la Persona Responsable: _____

Número Telefónico: _____ ¿Está bien dejar un mensaje? Si No
¿Vive con el cliente? Si No

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Número Telefónico: _____

Relación hacia el / la Cliente: _____

Información estadística informada anónimamente para subvenciones y fondos de seguro de Medicaid de OHP.

Complete los campos a continuación según basado en la/ el cliente.

Raza:

- Nativo de Alaska Indio Americano
 Asiático Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico
 Otra Raza Individual Blanco
 Dos o más razas no especificadas

Empleo competitivo:

- Discapacitado Tiempo completo
 Laborar en Casa Paciente en un hospital/Residente en otra institución
 No en la fuerza laboral Otra clasificación (p. voluntario)
 Medio tiempo Retirado/a
 Empleo protegido / no competitivo Estudiante
 Desempleado/a Desconocido

Etnicidad:

- Cubano/a Mexicano/a
 Hispano/a Spec. Origin no Especificado
 No de Origen Hispano Puerto Ricano/a
 Otro Especifico Hispano/a Desconocido

Vivienda:

- Residencia privada (en casa) Residencia privada (con pariente)
 Residencia privada (no / pariente) Desconocido
 Otra residencia privada Prison
 Carcel Apoyo de Vivienda
 Oxford Inicio Vivienda libre de Drogas/ Alcohol
 Alojamiento y Comida Instalacion Residencial
 Casa de Acogida Apoyo de Vivienda (Mismo sitio)
 Transitorio(a) / Sin hogar Apoyo de Vivienda (Sitio Disperso)

Genero: Femenino / Masculino / Otro

Condado de responsabilidad:

- Benton Linn
 Lincoln Otro: _____

Condado de residencia:

- Benton Linn
 Lincoln Otro: _____

Estado Civil:

- Nunca Casado/a Separado/a
 Casado/a Viudo/a
 Divorciado/a Desconocido

Grado Escolar más alto completado: _____

Veterano: Si No Desconocido

Embarazada: Si No Desconocido

Consumo de Tabaco: Si No Desconocido

Consumo de Sustancias en los últimos 90 Días: Si No Desconocido

Complete a continuación según el hogar

Código postal: _____

de Miembros en el hogar: _____ **# de hijos/ hijas:** _____

Referido por:

- Dr. Escuela Familiar/Amigo(a)
 Yo Otro: _____

Ingresos del Hogar: \$ _____ / Mensual

Fuente de Ingreso:

- Salario / Sueldo Asistencia Publica
 Discapacidad / SSDI Otro
 Jubilacion / Pensión/ SSI Desconocido
 Ninguno