



Formulario Inicial Para el Cliente

Información del Padre/Madre o Persona con Custodia Legal

(Este formulario debe ser completado por todos(as) los/las padres/madres ANTES de que los servicios comiencen)

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Género: Masculino Femenino

¿Está embarazada? Sí No

Relación con el/la Niño/a (por favor seleccione una respuesta):

- Padre/Padrastro Abuelo(a) Madre/Madrastra Madre Adolescente Otro Pariente
- Padre de Crianza (Foster Parent) Persona con custodia legal Padre Adolescente

Raza o Grupo Étnico (por favor seleccione una respuesta):

- Nativo de Alaska/Indio Americano Afroamericano Hmong De las Islas del Pacífico Blanco/Caucásico
- Asiático Hispano/Latino Multiracial Ruso/Ucranio Otro/Desconocido

Idioma Principal Hablado (por favor seleccione una respuesta):

- Cantonés Hmong Coreano Vietnamita Español
- Inglés Idioma Indígena de México Mandarín Ruso/Ucranio Otro/Desconocido

Número de teléfono de casa: (____) _____ - _____

Dirección: _____ Apartamento #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del niño(a)

(Este formulario debe ser completado por todos(as) los/las padres/madres ANTES de que los servicios comiencen/ un formulario por cada hijo(a))

Nombre del niño(a): _____ Segundo Nombre: _____ Apellido del Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento del Niño(a) (mes/día/año): ____/____/____ Género del Niño(a): Masculino Femenino

Su Relación con el Niño(a) (por favor seleccione una respuesta): Hija Hijo Hijo(a) de crianza Abuelo(a) Otro Pariente

Raza o Grupo Étnico del Niño(a) (por favor seleccione una respuesta):

- Nativo de Alaska/Indio Americano Afroamericano Hmong De las Islas del Pacífico Blanco/Caucásico
- Asiático Hispano/ Latino Multiracial Ruso/Ucranio Otro/Desconocido

Idioma Principal del Niño(a) (por favor seleccione una respuesta):

- Cantonés Hmong Coreano Vietnamita Español
- Inglés Idioma Indígena de México Mandarín Ruso/Ucranio Otro/Desconocido

Necesidades Especiales:

¿Ha diagnosticado un profesional (doctor, profesional de salud) a este niño(a) con alguna necesidad especial o retraso físico o ha sentido el padre/la madre o alguna otra persona una preocupación relacionada a con alguna necesidad especial o retraso físico como dificultades físicas, emocionales, del idioma, de audición, asma, u otras necesidades especiales? Sí No

This section to be completed by program staff.

R1011(2&3)

Today's Date: ____/____/____

Consent Form Signed: Y N

Agency Name: _____

Date Consent Form Signed: ____/____/____

Program Name: _____

Date of Enrollment: ____/____/____