

LIFESTREAM BEHAVIORAL CENTER

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS, PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Consumidor tipo: <input type="checkbox"/> Establecido <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> No admitir		Fecha:	Preferred Idioma:	
Nombre: Último, primero medio		ALIAS:		
Fecha de nacimiento		SEGURIDAD SOCIAL #	Cliente ID #	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CARRERA <input type="checkbox"/> Indio americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Racial y otras <input type="checkbox"/> UNK <input type="checkbox"/> Blanco	ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Haití <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Otros hispanos <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Español/Latino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Se divorciaron <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Se casó con <input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> No declarada <input type="checkbox"/> Viudo / a	
SITUACIÓN EN EL EMPLEO <input type="checkbox"/> Militares activos, en el extranjero <input type="checkbox"/> Militares activos, Estados Unidos <input type="checkbox"/> Con discapacidad <input type="checkbox"/> Empleado en empresa familiar		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Preso, criminal	<input type="checkbox"/> Interno, otros <input type="checkbox"/> Permiso de ausencia <input type="checkbox"/> No autorizado para trabajar <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomos <input type="checkbox"/> Terminado/desempleados <input type="checkbox"/> Desconocido
TIPO DE ADMISIÓN Voluntario competente Voluntario incompetente Competente de involuntario Involuntario de incompetente		FECHA DE ADMISIÓN DE LA AGENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE ASIGNADO	
PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ACTUAL DIRECCIÓN POSTAL CÓDIGO CIUDAD ESTADO CONDADO			
TELÉFONO DE LA CASA #	TELÉFONO DEL TRABAJO #	TELÉFONO CELULAR #	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO *	
Dirección permanente <input type="checkbox"/> Igual a la corriente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros como se indica a continuación Permanente Dirección Ciudad Estado Código postal				
Dirección de correo <input type="checkbox"/> Igual a la corriente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros como se indica a continuación Correo Dirección Ciudad Estado Código postal				
PROVEEDOR de cuidado primario (que ¿usted van a cuando usted tiene un resfriado o la gripe?) Nombre: Dirección: Teléfono:				
DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia de los miembros de la familia, inc <input type="checkbox"/> Notificación de PCP <input type="checkbox"/> Fuente de referencia (s) <input type="checkbox"/> Otras ____		CONSENTIMIENTOS FIRMARON: <input type="checkbox"/> Acuerdo para el tratamiento <input type="checkbox"/> Garante del consumidor <input type="checkbox"/> * Correspondencia electrónica <input type="checkbox"/> Derechos y responsabilidades	REFERIDO por: (dar nombre, Agencia y o circunstancia de la remisión)	
RENTA (retención y cantidad – debe presentarse totalmente en la fuente) Individuales: \$ ____ cónyuge: \$ ____ Estampillas \$ ____ SSI \$ ____ otros ____ \$ SSDI \$ ____ TANF \$ ____ manutención \$ ____ OSS \$ ____ Soc Sec \$ ____				
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	Mensual \$	\$ Anual	# en casa	

-Por favor continúe en la espalda -

CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO
Solo Para Uso Profesional

LifeStream Behavioral Center

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS, PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Nombre medio primera pasada
Si se cambia el nombre, por favor complete la siguiente información:
Presentó la oportunidad de actualizar el registro de votantes:? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Proporcionan <input type="checkbox"/> Disminuido (sin interés) <input type="checkbox"/> Ya registrado para votar

OCUPACIÓN	Si es menor, nombre de padre DIRECCIÓN EMPLEADOR	Cuánto tiempo	NUMERO DE TELÉFONO
OCUPACIÓN CÓNYUGE	Si es menor, nombre de la madre DIRECCIÓN EMPLEADOR	Cuánto tiempo	NUMERO DE TELÉFONO
PARTE RESPONSABLE	MEDICARE #	MEDICAID #	POLÍTICA #

COBERTURA: Nombre de grupo o nombre Individual de política titular fecha de nacimiento

BENEFICIOS de Farmacia: Número de cuenta empresa nombre Plan de nombre

CONTACTOS:

NOMBRE	RELACIÓN	PARTE RESPONSABLE	GARANTE	CONTACTO DE EMERGENCIA	GUARDA

**** Comprobante de ingresos *Debe ser verificado anualmente* con el fin de calificar para asistencia financiera.**

Por favor firme y feche para atestiguar que toda la información proporcionada es verdadera y exacta.

_____ Nombre de los consumidores (por favor imprima)

Firma del consumidor o consumidor representante

fecha

Firma de testigo

fecha