



# Nuevo Formulario de Registro del Cliente

\*información Obligatoria

## Información del cliente

Fecha:

\*Nombre: \*Fecha de Nacimiento: \*Seguro Social#: \*Sexo M F

\*Dirección: \*Ciudad: \*Código Postal: Celular #: Residencial #:

Correo electrónico: Aseguradora: Seguro #: Médico de cabecera (MDC):

MDC #: Fax #:

Idioma preferido: Raza: Nombre de Escuela (si procede): Grado:

\*Describa brevemente el motivo de referencia:

Factores de riesgo actuales/recientes (ex. Baker Acts, auto lesiones, agresión, arresto, uso de sustancias, fugas (de ser así, por favor, describa brevemente):

\*¿Está el cliente recibiendo actualmente servicios de salud mental? No Sí – ¿dónde?

Explique, por favor:

## Información del Padre, Madre o Persona Responsable (si no es un cliente)

(Nota: si No son los padres, este formulario debe ir acompañado por un documento de tutela.)

Nombre: teléfono celular o residencial #: correo electrónico:

Relación con el cliente:  Padres biológicos  Padres Adoptivos  Familiar  No Familiar  Padres sustitutos  Otro

Tipo de residencia (si procede):  Padre/tutor  Hogar para grupo  Albergue  Otro

\*Permiso para enviar mensaje de texto como recordatorio de cita al padre o tutor Sí No

## Medio de Referencia (si procede)

Nombre de la Agencia:

Nombre: Celular #: correo electrónico:

Nombre del Supervisor: Celular #: Correo electrónico:

Community Based Care Organization (CBC), si procede:

## Servicios Requeridos (elija todas la que son aplicables)

Evaluación de salud mental  Consejería individual  Consejería Familiar  Visita Terapéutica  TCM  
 Abuso de Substancia (solo en Lakeland)  Psiquiatría (Solo en Tampa, Lakeland y Orlando, TIENE que estar recibiendo consejería por parte de FFF)

Escribanos a: [referral@familiesfirstfl.com](mailto:referral@familiesfirstfl.com)

O envíenos un fax:

\*Lakeland - 863-583-0392 \* Ocala - 352-354-9166 \* Orlando - 407-386-7429

\*Panama City/Tallahassee - 850-290-7442 \*Tampa - 813-435-2033