



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 Sustancia (solo en Lakeland) Psiquiatría (Solo en Tampa, Lakeland, Tallahassee y Orlando, TIENE que estar recibiendo consejería por parte de FFF)

Escríbanos a: 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