



PONER ETIQUETA AQUI

Park Place Behavioral Health Care
SOLICITUD PARA SERVICIOS
Favor de no completar esta solicitud si no está de acuerdo con todos los términos y condiciones de la misma.

Favor de escribir claramente y de utilizar tinta negra.

Fecha: ____ - ____ - ____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____ Seguro Social: ____ - ____ - ____

País de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: M F

Procedencia: 1. Puertorriqueño/a 2. Mexicano/a 3. Cubano/a 4. Otros Hispanos 5. Haitian/a 6. Ninguno de éstos 7. Mexicano/a American 8. Español/latino/a
Raza: 1. Blanco 2. Negro 3. Indio americano o Nativo de Alaska 7. Asiático 8. Natino Hawayano/Otro Isla Pacifica 9. Multiracial

Dirección actual: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección permanente: _____
(Si diferente de la actual) Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____ Otro: (____) _____

¿Quién lo refirió? _____
Nombre Dirección Ciudad/Estado/Código postal Teléfono

Estado Marital 1. Soltero/a 3. Viudo/a 5. Separado/a 7. Parejo/a domestico registrado
2. Casado/a 4. Divorciado/a 6. No informado 8. Legalmente separado/a

¿Es usted veterano/a de las Fuerzas Armadas? Si No

Situación de Empleo 10. Militar Activo-Alta mar 40. Tiempo parcial 81. Ama de Casa 85. Otro tipo de Reo
20. Militar Activo- USA 50. Permiso de Ausencia 82. Estudiante 86. No autorizado a trabajar
30. Tiempo completo 60. Retirado 83. Discapacitado
31. Empleado familiar no remunerado 70. Despedido/Desempleado 84. Reo criminal

Preferencia Religiosa 1. Protestante 3. Judío 8. Ninguna / Desconocido
2. Católico 4. Santos de los Ultimos días 9. Otro _____

¿Cuál es el nivel educativo más alto que usted tiene? _____

¿Ha estado o está matriculado/a en alguna clase de educación especial? Yes No

Fuente de Ingreso Primario 1. Salario 4. Discapacidad 7. Desconocido
{Circule todos los que apliquen} 2. TANF 5. Otro
3. Retiro-Pensión/SSI 6. Ninguno

¿Se encuentra involucrado/a en algún problema con el Sistema legal? Si No

Si contesta Si, explique _____



PONER ETIQUETA AQUI

Park Place Behavioral Health Care

Lugar de Residencia

- | | | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 01. Independiente-vive solo | 05. Dependiente-vive con amistades | 09. De-ambulante | 13. Facilidad Correccional | 17. ALF licenciados para Salud Mental limitada |
| 02. Independiente- vive con familiares | 06. Facilidad de vivienda asistida(ALF) | 10. Hospital | 14. Facilidad DJJ | 99. No disponible o desconocido |
| 03. independiente-vive con amistades | 07. Casa de Crianza | 11. Hogar de Retiro | 15. Residencia de Crisis | |
| 04. Dependiente-vive con familiares | 08. Grupo en Hogar | 12. Casa de Sustento | 16. Facilidad de tx. para residencia para niños | |

Información Financiera de la Parte Responsable:

¿Cuántos dependientes tiene usted? _____ ¿Cuántos dependientes viven en su casa? _____

Por favor escriba el número de personas que viven en el hogar con el cliente según sus edades:

Edades	0 - 5 años	6-12 años	13-18 años	18 en adelante	# Total en casa
¿Cuántos?					

Empleo actual o más reciente (Cliente o Tutor Legal):

Nombre de Compañía Dirección Ciudad/Estado/Código postal Teléfono Tiempo

A quién desea que llamemos en caso de emergencia?

Nombre Parentesco Dirección Ciudad/Estado/Código postal Teléfono

Si es menor de 18 años, favor de proveer la siguiente información: SS de Padre o Tutor legal: ____-____-____

Nombre de Padre/Tutor legal Parentesco Dirección Dirección/Estado/Código Postal Teléfono

Ingreso de los padres o tutor legal: \$_____ por {Circule} semana bisemanal mensual anual

Información sobre el seguro médico del Cliente: {Medicaid, Medicare, Privado, etc....}
(Favor de proveer la/las tarjetas del seguro médico a la recepcionista para obtener copia)

Tarjeta:

Nombre de persona asegurada Compañía # de Grupo # Seguro Médico Teléfono

Tarjeta:

Nombre de persona asegurada Compañía # de Grupo # Seguro Médico Teléfono

Firma del Cliente

____-____-____
Fecha

Firma del Padre/Tutor legal

____-____-____
Fecha

Firma de Testigo

____-____-____
Fecha