

INTAKE SHEET

Last Name (Apellido): _____ First Name (Primer Nombre): _____ MI (Inicial Media): _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____

State (Estado): _____ Zip (Codigo Postal): _____ County (Condado): _____

Nick Name (Apodo): _____ Sex (Sexo): Female (Hembra) Male (Varón)

DOB (Fecha de Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ SS# (Número de tarjeta de Seguro Social) _____ - _____ - _____

<p>ETHNICITY (Pertenenencia Etnica)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispanic (Hispano) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Unknown (no se)</p>	<p>RACE (Raza) You can check more than one (Puede, marcar ma's de una)</p> <p><input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native (India Americana o native de Alaska)</p> <p><input type="checkbox"/> Asian (Asiatica)</p> <p><input type="checkbox"/> Black or African American (Negra o Africana Americana)</p> <p><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Nativa de Hawaii o otra de las isles del Pacifico)</p> <p><input type="checkbox"/> White (Blanca)</p>	<p>STUDENT (ESTUDIANTE)</p> <p><input type="checkbox"/> YES (si) <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> High School <input type="checkbox"/> College <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time</p>	<p>Phone # (Número de teléfono): _____</p> <p>Beeper/Cell (Beeper/Célular): _____</p> <p>Work # (Número de su trabajo): _____</p> <p>Other (Otro): _____</p> <p>Can we send mail (¿Podemos enviarte los correos a su hogar?) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>OK to call home? (Podemos llamar a su hogar?) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>OK to call work? (Podemos llamar a su trabajo?) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---	--	---

Insurance (Seguro Medico): Yes: _____ No: _____ Prescription Plan (Plan de Medicina): Yes: _____ No: _____

Household gross income (before taxes): \$ _____ Family size: # of people dependent on income: _____
(Ingreso ecomico (antes de taxes) cuanto ganas seminal) (numero de persona en la Familia que usted sostiene consu ingreso)

What is your primary language? (Cual es su idioma primario?) _____

Do you understand English? (Usted entiende Ingles?) _____

Do you read English? (Puede, usted leer Ingles?) _____

Do you need an interpreter? (Necesita un interprete?) _____

How did you hear about us? (Cómo usted oyó hablar de nosotros?) _____

FOR CEED GRANT SCREENING PATIENT ONLY

Place of Birth (Lugar del nacimiento): City (Ciudad): _____ State (Estado): _____

Country (País): _____

Maiden Name (Nombre de soltera): _____

Current Occupation (Ocupación actual): _____ Previous Occupation (Ocupación anterior): _____

NOTE: This information is confidential and will not be released to anyone without your written consent except as required by law. Services will be provided even if this form is not completed.

(NOTA: Esta informacion es confidencial y no la compartiremos con nadie sin su consentimiento por escrito excepto si es requerido por la ley. Le serviremos aunque no complete esta planilla.)