



### Client Information

Nombre	Segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento ____/____/____ Mes    Día    Año	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Tipo de cliente</b> <input type="checkbox"/> Niño menos de 3 años de edad <input type="checkbox"/> De 3 a 5 años de edad <input type="checkbox"/> Padre de familia/ Guardián legal/ Proveedor de cuidado <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Proveedor	<b>Parentesco</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cliente primario <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Hijo de crianza u otro niño sin parentesco <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Proveedor/Proveedor de cuidado <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> No sé/prefiero no contestar	
<b>¿Cuál es su etnia?</b> (marque sólo una casilla) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		<b>¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su casa?</b> (marque sólo una casilla) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Miao (Hmong) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Mandarín (Putonghua) <input type="checkbox"/> Persa (Farsi) <input type="checkbox"/> Filipino(Tagalog) <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Número telefónico de casa	Correo electrónico	
Número telefónico de trabajo	Número telefónico celular	
Domicilio, (apartamento)		
Ciudad	Estado	Zona postal

FOR OFFICE USE ONLY:

Program Start Date ____/____/____ MM    DD    YYYY	Consent Form Signed ____/____/____ MM    DD    YYYY	<input type="checkbox"/> Declined
Service Site	Case Manager	Referred by

Last Updated: July 1, 2014