



## Formulario Inicial Para el Cliente

### Información del Padre/Madre o Persona con Custodia Legal

(Este formulario debe ser completado por todos(as) los/las padres/madres **ANTES** de que los servicios comiencen.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ¿Cuál es su género?:  Masculino  Femenino

#### Su relación con el/la niño/a (por favor seleccione solo una respuesta):

- Madre/Madrastra
- Padre/Padrastra
- Abuelo(a)
- Padre de crianza
- Otro pariente
- Proveedor (foster parent)

#### ¿Cuál es el nivel educativo más avanzado que usted ha completado?

- Años 1-8
- Años 9 al 11
- Año 12 (preparatoria)
- Algo de universidad
- Escuela vocacional
- Título de colegio comunitario
- Licenciatura universitaria
- Maestría
- Doctorado o equivalente
- No tuve educación formal.

#### Su raza o grupo étnico (por favor seleccione solo una respuesta):

- Nativo de Alaska/Indio Americano
- Afro Americano
- Hmong
- De las Islas del Pacífico
- Asiático
- Hispano/Latino
- Multiracial
- Ruso/Ucranio
- Blanco/Caucásico
- Desconocido
- Otro: \_\_\_\_\_

#### **Idioma principal** hablado de crianza o idioma hablado con más frecuencia (por favor seleccione solo una respuesta):

- Cantonés
- Hmong
- Coreano
- Español
- Inglés
- Idioma indígena de México
- Mandarín
- Ruso/Ucranio
- Vietnamita
- Otro: \_\_\_\_\_
- Desconocido

#### **Idioma secundario** hablado con fluidez o que habla con frecuencia (por favor seleccione solo una respuesta):

- Cantonés
- Hmong
- Coreano
- Español
- Inglés
- Idioma indígena de México
- Mandarín
- Ruso/Ucranio
- Vietnamita
- Otro: \_\_\_\_\_
- Desconocido
- Ninguno

Su número de teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_



**Información del niño(a) Complete una de estas paginas por CADA NIÑO(a)**  
(Este formulario debe ser completado por todos(as) los/las padres/madres ANTES de que los servicios comiencen.)  
Complete Este Formulario POR CADA NIÑO(a).  
**POR CADA NIÑO(a) ADICIONAL INCLUYA PAGINAS SEPARADAS DE ESTE FORMULARIO.**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño(a) (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género del niño(a):  Masculino  Femenino

La relación del niño(a) con usted (por favor seleccione solo una respuesta):

- Hija  Hijo  Hijo(a) de crianza  Otro: \_\_\_\_\_

La raza o grupo étnico del niño(a) (por favor seleccione solo una respuesta):

- Nativo de Alaska/Indio Americano  Afro Americano  Hmong  De las Islas del Pacifico  Asiático
- Hispano/Latino  Multiracial  Ruso/Ucranio  Blanco/Caucásico  Desconocido
- Otro: \_\_\_\_\_

El idioma principal del niño(a) hablado de crianza o idioma hablado con más (por favor seleccione solo una respuesta):

- Cantonés  Hmong  Coreano  Español  Inglés
- Idioma indígena de México  Mandarín  Ruso/Ucranio  Vietnamita  Otro: \_\_\_\_\_
- Desconocido

El idioma secundario del niño(a) hablado con fluidez o que habla con frecuencia (por favor seleccione solo una respuesta):

- Cantonés  Hmong  Coreano  Español  Inglés
- Idioma indígena de México  Mandarín  Ruso/Ucranio  Vietnamita  Otro: \_\_\_\_\_
- Desconocido  Ninguno

**Necesidades Especiales**

¿Ha diagnosticado un profesional (doctor, profesional de salud) a este niño(a) con alguna necesidad especial o retraso físico o ha sentido el padre/la madre o alguna otra persona una preocupación relacionada a con alguna necesidad especial o retraso físico como dificultades físicas, emocionales, del idioma, de audición, asma, o otras necesidades especiales? % SI % NO

**This section to be completed by program staff.**

Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Consent Form Signed  Yes  No  
Agency Name: \_\_\_\_\_ Contract # \_\_\_\_\_ Date Consent Form Signed: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Program Name: \_\_\_\_\_ Date of Enrollment: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_