

Cuestionario Demográfico del Cliente

Prefijo _____ Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Correo electrónico _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono de casa _____ Otro teléfono _____

Dirección _____

Apartado postal o dirección postal, si es diferente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Ha recibido anteriormente tratamiento en Northeastern Center? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, ¿cuándo? _____

Indique otros nombres utilizados (apellido de soltera, alias, apodo, nombre preferido) _____

Sexo al nacer:

☐ Femenino
☐ Masculino
☐ Otro

Pronombres:

☐ Ella
☐ Él
☐ Elle
☐ Otro

Identidad de género:

☐ Femenino
☐ Masculino
☐ Transición de mujer a hombre
☐ Transición de hombre a mujer
☐ No está seguro/a / cuestionando
☐ No binario
☐ Genderqueer / ni exclusivamente hombre ni mujer
☐ Prefiero no responder
☐ Otro: _____

Orientación sexual:

☐ Lesbiana/Gay/Homosexual
☐ Heterosexual
☐ Bisexual
☐ No sabe
☐ Otro: _____

Estado civil:

☐ Soltero/a
☐ Casado/a
☐ Divorciado/a
☐ Viudo/a

Origen étnico:

☐ Cubano/a
☐ Latino/a, origen desconocido
☐ Mexicano/a
☐ No hispano/latino
☐ Otro origen hispano o latino
☐ Puertorriqueño/a
☐ Origen étnico desconocido

Raza:

☐ Indígena americano o nativo de Alaska
☐ Asiático/a
☐ Negro/a o afroamericano/a
☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
☐ Otra raza única
☐ Desconocida
☐ Blanco/a o caucásico/a

Religión:

☐ Amish
☐ Bautista
☐ Budista
☐ Católica
☐ Evangélica
☐ Hindú
☐ Testigo de Jehová

☐ Judía
☐ Luterana
☐ Menonita
☐ Metodista
☐ Mormona
☐ Musulmana
☐ No denominacional

☐ Ninguna
☐ Ortodoxa
☐ Presbiteriana
☐ Protestante
☐ Wicca
☐ Otra: _____

Nombre y dirección del proveedor de atención primaria: _____

¿Quién lo remitió para recibir servicios? _____

Ingreso anual del hogar _____ Número de dependientes _____ Número de personas en el hogar _____

Fuente de ingresos:

☐ Sueldos/Salario
☐ Asistencia pública
☐ Discapacidad
☐ Ninguna
☐ Desconocida

Arreglo de vivienda:

☐ En la calle o albergue para personas sin hogar
☐ Residencia privada, independiente
☐ Residencia privada, dependiente
☐ Cárcel o centro correccional
☐ Entorno institucional
☐ Atención residencial las 24 horas
☐ Adulto o menor

Actualmente embarazada:

☐ Sí
☐ No
☐ No aplica

Condado de residencia _____ Condado de responsabilidad financiera _____

Situación educativa:

- ☐ Actual: educación regular
- ☐ Actual: educación especial
- ☐ Educación alternativa (diploma de secundaria)
- ☐ Educación continua
- ☐ Capacitación vocacional
- ☐ Actualmente no inscrito/a

Nivel de estudios más alto completado:

- ☐ Escuela primaria
- ☐ Secundaria básica / intermedia
- ☐ Escuela secundaria
- ☐ Algunos estudios universitarios
- ☐ Escuela técnica/de oficios
- ☐ Universidad de 2 años
- ☐ Universidad de 4 años
- ☐ Posgrado o superior

Servicio militar: ☐ Sí ☐ No

Condición de veterano: ☐ Sí ☐ No

Último grado completado _____

Situación laboral:

- ☐ Empleado/a a tiempo completo
- ☐ Empleado/a a tiempo parcial
- ☐ Desempleado/a - busca trabajo
- ☐ Desempleado/a - no busca trabajo
- ☐ Empleo con apoyo/de transición
- ☐ A cargo del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Discapacitado/a fuera de la fuerza laboral
- ☐ De 0 a 5 años
- ☐ Otro, fuera de la fuerza laboral
- ☐ Desconocido

Participación en el sistema judicial:

- ☐ Libertad condicional supervisada
- ☐ Compromiso con Servicios Juveniles
- ☐ Departamento Correccional
- ☐ Cárcel
- ☐ Libertad condicional
- ☐ Sin participación

Consumo de tabaco:

- ☐ Nunca
- ☐ Anteriormente
- ☐ Actual - paquetes por día _____

Información del empleador _____

Idioma principal/preferido:

- ☐ Árabe
- ☐ Neerlandés
- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro: _____

Origen hispano:

- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ Mexicano/a
- ☐ Cubano/a
- ☐ Otro origen hispano
- ☐ Desconocido

Capacidad para leer/escribir:

- ☐ Ambas
- ☐ Solo leer
- ☐ Solo escribir
- ☐ Limitación en ambas
- ☐ Lectura limitada
- ☐ Escritura limitada

Indique cualquier necesidad de transporte o adaptación especial:

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación _____

Dirección del contacto de emergencia _____

Teléfono del contacto de emergencia _____

Compañía de seguros _____ Identificación del miembro _____

N.º de Seguro Social del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____ Número de grupo _____

Nombre y dirección de la persona a quien se facturará, si es diferente de la indicada anteriormente:

