**Prevención e Intervención Temprana**

**Inscripción**

**(\*INDICA CAMPO REQUERIDO)**

**Programa**

   Prevención del abuso infantil en la comunidad (CBCAP)    Servicios Comunitarios de Familia (CBFS)

   Desarrollo Comunitario de la Juventud (CYD)

   Resultados saludables mediante la prevención y el apoyo (HOPES)

   Ayuda a través de la Intervención y Prevención (HIP)

   Programa de Prevención de Familias Militares y Veteranos (MFVPP)

   Servicios para jóvenes en riesgo (STAR)

   Red Estatal de Servicios para Jóvenes (SYSN)

    Familias de Texas: Programa Conjunto y Seguro (TFTS)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Subcontratista      | Nombre de la persona que realiza la ingesta      | Personal asignado a la familia      | Nombre del personal de entrada de datos      | Fecha de entrada de datos      |
| Número de identificación de registro      | Número de identificación del cliente.      | Fecha de inicio del registro      | Fecha de inicio del servicio      | No. de identificación del contrato      | Flujo de trabajo contractual      |
| **Autorización de servicios**Me han dado información sobre el Programa de Prevención e Intervención Temprana y quiero recibir los servicios. Entiendo que se recopilará información sobre mi hijo o familia, y que se introducirá y guardará en una base de datos segura. La información se utilizará para dar seguimiento a los servicios, para propósitos de evaluación y para asegurar que se presten servicios de calidad. Doy autorización para que mi hijo o mi familia participe en el programa. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre impreso del padre o tutor Nombre del cliente de destino |

|  |
| --- |
| Información del cliente objetivo |
| Número de identificación del cliente       |
| \* **Nombre de pila** :       Segundo nombre :       \***Apellido :**       | Sufijo **:**    II    III    IV    JR    SR |
| **\*** **Fecha de nacimiento :**       | **\*** **Género :**    Masculino    Hembra |
| Número de Seguro Social:       |
| Teléfono Principal:       | Extensión telefónica:       |
| Correo electrónico principal:       | **\*** **origen hispano**( Seleccione sólo uno):    Hispano    No hispano    Incapaz de determinar |
|  |  |
| **\* Raza (**Marque todas las opciones que sean pertinentes):    India americana/nativa de Alaska    Asiática     Negra    Nativa de Hawai o de de las islas del Pacífico    No se puede determinar    Rechazado para indicar    Blanca |
|  |
| **DIRECCIÓN DE DESTINO DEL CLIENTE PRINCIPAL** |
| \* **Dirección 1** :       | Dirección 2:       | **\*** **Ciudad** :       |
| **\*** **Estado** :       | **\*** **Código postal** :       | **\*** **Condado** :        |
|  |  |  |
| Colonia:       |
| Cliente objetivo-Otra información |
| Estado de Discapacidad :     Sí    No    Desconocido |
| Nivel de Educación **:**    Primera Infancia    Pre-K/Kinder    1st Grade    2nd Grade   3rd Grade    4th Grade    5th Grade    6th Grade   7th Grade    8th Grade    9th Grade    10th Grade    11th Grade    12th Grade    No gradué    Graduado de la preparatoria/GED   Alguna educación superior    Grado Asociado    Graduado de la Universidad    Postgrado     Desconocido |
| Estatus de Sin Hogar : |    Sí |    No |  |  |
|  |
| Fecha de Probatoria Juvenil :      | ID del proveedor :      | Descripción del proveedor :       |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO** |
| Número de identificación del cliente |
| **\* Nombre de pila :** Segundo nombre **:       \*Apellido :** | Sufijo :    II    III    IV    JR    SR |
| **\* Fecha de nacimiento:** | **\* Género :** Masculino    Hembra | Teléfono Principal:       | Extensión telefónica:       |
| Correo electrónico principal:       |
| **\* origen hispano( Seleccione sólo uno):** Hispano    No hispano    Incapaz de determinar |
| **\*** **Relación con el cliente objetivo :**    Auto (sólo para los clientes prenatales)    Padre    Padre adoptivo   Padrastro    Abuelo    Tía/tío    Prima    Hermano    Otro  |
| **\* Raza (**Marque todas las opciones que sean pertinentes **):** India americana/nativa de Alaska    Asiática     Negra    Nativa de Hawai o de de las islas del Pacífico    No se puede determinar    Rechazado para indicar    Blanca |
| Estado de Discapacidad :     SíNoDesconocido |
| Lenguaje Primario Hablado en el Hogar :    Inglés    Español    vietnamita    chino    Otro |
| Estado civil:    Niño, No aplicable    Divorciado    Casado    Viudo    Soltero nunca casado   Desconocido    Apartado |
| Nivel de Educación **:**    Primera Infancia    Pre-K/Kinder    1st Grade    2nd Grade   3rd Grade    4th Grade    5th Grade    6th Grade   7th Grade    8th Grade    9th Grade    10th Grade    11th Grade    12th Grade    No gradué    Graduado de la preparatoria/GED   Alguna educación superior    Graduado de la Universidad    Postgrado    Desconocido |
|  |
| Situación Militar:     Servicio activo    Reserva Activa    Reserva inactiva    Sin servicio militar    Retirado    Veterano    Guardia Nacional    No indicado |
| Situación actual de la vida :    Refugio de emergencia    Vivir independientemente    No hay un medio ambiente estable    Hospital psiquiátrico    Hogar del familiar    Centro de detención de centros seguros    Cuidado Substituido Estructurado    Traslado desde otro refugio    Cuidado sustituto no estructurado (amigos)     Con Padres Biológicos o Adoptivos    Con Guardián Legal  |
|  |
| Estatus de Sin Hogar:    Sí    No |
|  |
| **INFORMACIÓN PARA EL CUIDADOR SECUNDARIO** |
| Número de identificación del cliente |
| **\* Nombre de pila :** Segundo nombre **:       \*Apellido :** | Sufijo :    II    III    IV    JR    SR |
| **\* Fecha de nacimiento:** | **\* Género :** Masculino    Hembra | Teléfono Principal:       | Extensión telefónica:       |
| Correo electrónico principal:       |
| **\* origen hispano( Seleccione sólo uno):** Hispano    No hispano    Incapaz de determinar |
| **\* Relación con el cliente objetivo :**    Auto (sólo para los clientes prenatales)    Padre    Padre adoptivo   Padrastro    Abuelo    Tía/tío    Prima    Hermano    Otro  |
| **\* Raza (**Marque todas las opciones que sean pertinentes **):**    India americana/nativa de Alaska    Asiática     Negra    Nativa de Hawai o de de las islas del Pacífico    No se puede determinar    Rechazado para indicar    Blanca |
| Estado de Discapacidad :     SíNoDesconocido |
| Situación Militar:     Servicio activo    Reserva Activa    Reserva inactiva    Sin servicio militar    Retirado    Veterano    Guardia Nacional    No indicado |
|  |
| Estatus de Sin Hogar**:**    Sí    No |
|  |
| **INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA** |
| **\* Nombre de pila** | Segundo nombre | **\*Apellido** | Sufijo | **\*Género** | **\* Relación con el cliente objetivo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |