

AGENCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD DEL CONDADO DE VENTURA
PARA INDIVIDUOS, FAMILIAS, Y COMUNIDADES—PACIENTES ESTABLECIDOS

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento del cliente: _____

Dirección del cliente: _____ Teléfono del cliente: (____) _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Favor de marcar la caja para clientes menores de 18 años.

Estoy completando esta forma para un menor de edad.

Relación a el cliente: _____

Favor de marcar la declaración que mejor describa su situación de vivienda.

Vivo en una casa, la cual rento o soy dueño/a de ella.

Me estoy quedando con una serie de amigos y/o miembros de familia en una situación temporal.

Me estoy quedando en viviendas de apoyo o de transición (como una casa de vida sobria o casa de recuperación).

Yo vivo en un centro público o privado que ofrece alojamiento temporal (como un refugio, la misión, instalaciones de habitación individual o motel).

Se me ha liberado de una institución (como la cárcel o un hospital) sin vivienda estable a la cual volver.

Yo vivo en la calle, en un coche, parque, acera o en un edificio abandonado, o cualquier situación inestable o no permanente.

Yo vivo en una casa con padres temporales.

Favor de completar la siguiente información.

Gano aproximadamente esta cantidad de \$ dólares por mes:

\$0-\$1000 \$1001-\$1500 \$1501-\$2000 \$2001-\$2500 \$2501-and up

Numero de Familiares: _____

Por favor marque la declaración que mejor lo describa.

Soy trabajador de campo.

No soy trabajador de campo.

Teléfono móvil: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

THIS IS NOT A PERMANENT PART OF THE MEDICAL RECORD