

<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>

**Nombre preferido – escriba su nombre preferido y cualquier otro nombre por el que lo/la conozcan, incluidos nombres de soltera/casada y apodos**

--

<b>Fecha de nacimiento</b>	<b># Seguro social (optativo)</b>

<b>Domicilio/Número de departamento</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Mejor número de teléfono de contacto</b>	<b>Es:</b> ¿De la casa? ¿Del trabajo?    ¿Celular?	<b>¿Se puede dejar mensaje?</b> Si      No

**Dirección de e-mail preferida:**

--

**¿Cuál es su género? (marque con un círculo)**      **Femenino**      **Masculino**      **Prefiero no responder**

**¿Con qué raza se identifica? (marque con un círculo)**

- |                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Afroamericano /Negro          | Nativo de Alaska                     |
| Hawaiano/Islas del Pacífico   | Multirracial: Africano/Negro/Blanco  |
| Multirracial: Otro            | Nativo Americano                     |
| Asiático                      | Caucásico/Blanco                     |
| Multirracial: Asiático/Blanco | Multirracial: Nativo Americano/Negro |
| Prefiero no responder         | Otro                                 |

**Seleccione el origen étnico hispano (marque con un círculo)**

- |            |                       |                |      |
|------------|-----------------------|----------------|------|
| Cubano     | Mexicano              | Puertorriqueño | Otro |
| No hispano | Prefiero no responder |                |      |

**Estado civil (marque con un círculo)**

- |               |                       |              |
|---------------|-----------------------|--------------|
| Nunca me casé | Casado/a              | Separado/a   |
| Viudo/a       | Prefiero no responder | Divorciado/a |

<b>¿Actualmente está inscripto en la escuela?</b>	Sí	No
<b>Si es sí, nombre de la escuela:</b>		

<b>¿Cuál es su identidad de género? (marque con un círculo)</b>			
Femenino	Masculino	Femenino a Masculino (FTM)/Hombre transgénero	Masculino a Femenino (MTF)/Mujer transgénero
Categoría de género adicional / Otro		Prefiero no responder	Género no conforme

<b>¿Fue arrestado en los últimos 30 días?</b>	Sí	No
<b>Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?</b>		

**“Servicio militar” (a continuación) se refiere al servicio militar brindado por un individuo que requiere tratamiento y/o situación de dependiente para personal militar activo o retirado.**

**Servicio militar (marque con un círculo)**

Servicio activo	Servicio de reserva	Dado de baja	Militar retirado
Familia dependiente	Prefiero no responder	No tengo condición militar	Guardia Nacional

<b>¿Cuántas veces participó en cualquiera de estas actividades que ayudan a la recuperación en los últimos 30 días?</b> Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Organización Secular por la Sobriedad, Programa <i>Double Trouble in Recovery</i> , o Mujeres por la Sobriedad; participación en cualquier grupo de autoayuda para la recuperación religioso o basado en la fe; o participación en organizaciones que ayudan a la recuperación que no sean las antes mencionadas, incluidos programas de salud mental conducidos por los usuarios y Casas Oxford		
No participé en el último mes	1 – 3 veces en el último mes	1 – 2 veces por semana en el último mes
3 – 6 veces por semana en el último mes	Participé a diario	Prefiero no responder

**Idioma preferido – ¿En qué idioma prefiere recibir servicios? Se brindan servicios de interpretación sin costo.**

--

<b>¿Se ha mudado en los últimos 90 días?</b>	Sí	No	<b>Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?</b>

<b>Tipo de residencia actual (marque una opción con un círculo)</b>			
Hospital	Centro de cuidados	Residencial comunitario	Casa de acogida/Casa de familia de padrinos
Sin hogar	Refugio para indigentes	Cárcel de Arlington	Centro de detención juvenil
Geriátrico	Tratamiento residencial	Cárcel estatal	Residencia privada
Otro	Prefiero no responder	Otro centro de atención	Centro de vida asistida

<b>Fecha de su último examen físico:</b>

**¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó? (Marque una opción con un círculo)**

Jardín de infantes	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Grado 4	Grado 5	Grado 6	Grado 7
Grado 8	Grado 9	Grado 10	Grado 11
Grado 12	1° año de universidad	2° año de universidad	3° año de universidad
4° año de universidad	Escuela de Postgrado/ Profesional	Preescolar/Head Start	No fui a la escuela
Educación especial	Solo escuela vocacional	No sé	Prefiero no responder

**Situación de asistencia a clases – actual (marque una opción con un círculo)**

N/A (mayor de 18)	No fui en los últimos 3 meses	Fui al menos un día en los últimos 3 meses
-------------------	-------------------------------	--

**¿Cuál es su situación laboral actual? (Marque una opción con un círculo)**

Tiempo completo (35+ horas semanales)	Tiempo parcial (menos de 35 horas semanales)	Discapacitado	Enclave grupal/de apoyo
Trabajo doméstico	Trabajo con apoyo	Trabajo con apoyo /Temp.	Desempleado/No busco
Retirado	Empleo protegido	Empleo esporádico	Estudiante
Desempleado	Voluntario/pre-vocacional	Voluntario/no pago	Prefiero no responder

<b>¿Tiene una declaración de Voluntad Anticipada?</b>	Sí	No
---	----	----

<b>¿Vive con hijos menores de 18 años a su cargo?</b>	Sí	No
---	----	----

<b>Si es mujer, ¿está embarazada?</b>	Sí	No	No Aplica
---------------------------------------	----	----	-----------

**¿Cuál es su condición actual de uso de tabaco? (Marque una opción con un círculo)**

Nunca fumé	Fumador actual diario	Fumador actual algunos días
Prefiero no responder	Exfumador	

**¿Cómo fue derivado a nuestra agencia? - (Marque una opción con un círculo)**

Por mi propia cuenta	Programa ASAP o DUI	Corte	Dpto. de Justicia Juvenil
Dpto. de Servicios Sociales	Programa de asistencia al empleador o el empleado (EAP)		Otra CSB (Junta de servicios comunitarios) de Virginia
Familia o amigo/a	Cuidador de servicios de desarrollo		Hospital privado
Otra derivación comunitaria	Libertad condicional comunitaria local y servicios previos al juicio		Hospital estatal
Policia o Sheriff	Sistema escolar o autoridad educativa		Correccional estatal
Centro de formación estatal			Prefiero no responder
Correccional Local			

<b>¿TIENE UN RESPONSABLE SUSTITUTO LEGAL (SDM) O GUARDIÁN?</b>			Sí	No
<b>Nombre del SDM o Guardián</b>		<b>Apellido del SDM o Guardián</b>		
<b>¿Cuál es la relación del SDM o Guardián con usted? (marque una opción con un círculo)</b>				
Representante autorizado	Tutor legal nombrado por la corte	Representante del beneficiario		
Tutor financiero	Otro:			
<b>Domicilio del SDM</b>				
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>		
<b>Mejor número de teléfono de contacto</b>	<b>Es:</b> ¿De la casa? ¿Del trabajo? ¿Celular?	<b>¿Se puede dejar mensaje?</b> Sí No		
<b>Dirección de e-mail preferida:</b>				
<b>Idioma preferido del SDM o Guardián:</b>				

<b>¿CON QUIÉN DEBERÍAMOS CONTACTARNOS EN CASO DE EMERGENCIA?</b>				
<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		
<b>Dirección</b>				
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>		
<b>Mejor número de teléfono de contacto</b>	<b>Es:</b> ¿De la casa? ¿Del trabajo? ¿Celular?	<b>¿Se puede dejar mensaje?</b> Sí No		
<b>Dirección de e-mail preferida:</b>				
<b>Idioma preferido del contacto de emergencia:</b>				