

# HMIS Intake and Enrollment Form

## Child-All Programs

Client ID: \_\_\_\_\_

Project Name: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_

For persons entering HMIS project type: **All HMIS projects**  **Also for persons entering CES Enrollment**

Cientes que regresan: ¿A dónde fuiste/te alojaste la última vez que estuviste aquí?  
\_\_\_\_\_

<b>Identificación - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario</b>	
<b>Primer Nombre:</b> _____	<b>Segundo Nombre:</b> _____
<b>Apellido:</b> _____	<b>Sufijo:</b> _____
<b>Datos de calidad del nombre:</b> ¿La clienta proporcionó su nombre completo?	
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado	<input type="checkbox"/> Se reporta nombre parcial, de calle o de código
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>Número de Seguro social (SSN):</b> _____ - _____ - _____	
<input type="checkbox"/> SSN completo reportado	<input type="checkbox"/> SSN aproximado o parcial reportado
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>Fecha de Nacimiento (DOB):</b> ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento aproximada o parcial reportada	<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento complete reportada
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar
<b>Nombre de Cabeza de Hogar:</b> _____	
<b>Relación con la cabeza de hogar</b>	
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Niño dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Otra relación familiar	
<input type="checkbox"/> Otra no relacionada	
<b>Demografía Básica - Todas las secciones son obligatorias a menos que se indique lo contrario</b>	
<b>Raza y Etnicidad (Seleccione todo lo que aplique)</b>	
<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska, o indígena	<input type="checkbox"/> Asiático o asiático-americano
<input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano	<input type="checkbox"/> Hispano/Latina/o
<input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<b>Sexo</b>	
<input type="checkbox"/> Femenino	
<input type="checkbox"/> Masculino	
<input type="checkbox"/> El cliente no sabe	
<input type="checkbox"/> El cliente prefiere no contestar	
<b>Dirección postal e información de contacto (incluye, entre otros, organizaciones de servicios, centros de acceso, refugios de emergencia, viviendas de transición, residencias de clientes)</b>	
Dirección: _____	
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	
Email: _____	
Teléfono principal: _____	
Teléfono de mensaje: _____	
<b>Fecha de Inicio del Proyecto:</b> _____/_____/_____	
<b>CE Project Start Date:</b> _____/_____/_____	

