



Children's Assistance Resources & Education  
 A Program of the Chandler Unified School District  
*Healthy Children, Better Communities*

**INTAKE FORM**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Que servicio necesita:  Doctor  Dentista  Vacunas

Fecha de su cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  a.m..  p.m. Empleado de CUSD:  Si  No

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino  
Apellido Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Tiene seguro médico éste niño?  Si  No  
Mes / Día / Año

Que idioma se habla en su casa: \_\_\_\_\_ Escuela a la que va su niño(a): \_\_\_\_\_

Grado escolar: \_\_\_\_\_ Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Fuma (mayor de 18 años)  Si  No

Farmacia Nombre/Teléfono #1: \_\_\_\_\_ Farmacia Nombre/Teléfono #2: \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR LEGAL**

Nombre de la mamá: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del papá: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Con quien vive éste niño(a): \_\_\_\_\_ Cuantas personas viven en su casa: \_\_\_\_\_

Vive en su casa alguna persona: Discapacitada:  Si  No Veterano(a):  Si  No Sin Hogar:  Si  No

**INFORMACION ADICIONAL**

Quien sostiene el hogar:  Hombre  Mujer

Ingreso Anual (Marque uno):

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$ 0,000 - 4,999  | <input type="checkbox"/> \$15,000 - 19,999 | <input type="checkbox"/> \$30,000 - 34,999 | <input type="checkbox"/> \$45,000 - 49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$ 5,000 - 9,999  | <input type="checkbox"/> \$20,000 - 24,999 | <input type="checkbox"/> \$35,000 - 39,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 o más    |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 - 14,999 | <input type="checkbox"/> \$25,000 - 29,999 | <input type="checkbox"/> \$40,000 - 44,999 |  |

Origen Étnico (Marque todos los que apliquen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otra Isla del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiático                         | <input type="checkbox"/> Blanco                                  |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano             | <input type="checkbox"/> Otro: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino                   |  |

Toda la información es confidencial. Nuestros patrocinadores nos piden llevar la cuenta por categoría de nuestros servicios.