

JACKSON COUNTY MENTAL HEALTH

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
		Genero:	Idioma Preferido
¿Quiénes son sus proveedores de seguro médico?			
¿Quién le recomendó a Jackson County Mental Health?		¿Quién es su médico principal?	
		<input type="checkbox"/> No tengo uno	
Dirección de Residencia	Dirección	Ciudad	Estado Código postal
Dirección de Correo (si sea diferente)	Dirección o apartado postal	Ciudad	Estado Código postal
Teléfono Principal	¿Está bien dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Está bien dejar recado de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de Emergencia		Nombre y relación	
		¿Está bien dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información de contacto del Padre/Tutor Legal/Proveedor de Cuidado			
Padre del Solicitante (si el solicitante es menor de edad)			
Nombre:	Teléfono:	¿Está bien dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:	Ciudad, Estado Código postal:		
Padre del Solicitante (si el solicitante es menor de edad)			
Nombre:	Teléfono:	¿Está bien dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:	Ciudad, Estado Código postal:		
Tutor Legal del Solicitante*			
Nombre:	Teléfono:	¿Está bien dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:	Ciudad, Estado Código postal:		
Proveedor de Cuidado del Solicitante			
Nombre:	Teléfono:	¿Está bien dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:	Ciudad, Estado Código postal:		

*Tutores Legales - favor de proveer una copia de su documentación legal de tutor.

Se me han ofrecido una copia de las Practicas de Privacidad de Jackson County y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la manera en que se utilizará mi información de salud. Por lo presente consiento a participar en mi tratamiento y la planificación de mis servicios con Jackson County Mental Health. Consiento a la transmisión de este formulario y otra información de salud por vías electrónicas, incluyendo el correo electrónico.

Firma: _____ Fecha: _____
Yo mismo Padre Tutor Legal