

- Manal de beneficiario dada
- Directorio de proveedores de CCMHP dado
- Registro del cliente
- Actualización del cliente



Registro del cliente

Identificación del cliente: _____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre del Programa: _____

Identificación del consumidor: _____

Fecha: _____

NOMBRE DEL CLIENTE

Apellido actual del cliente	Primer nombre	Segundo nombre	Tratamiento (Sr., Jr)	Sufijo de nombre
-----------------------------	---------------	----------------	-----------------------	------------------

IDENTIFICACIÓN

Fecha de nacimiento	Nro. del Seguro Social:	Nro. de clasificación del cliente (CIN)	Nro. de Licencia de Conducir	Estado de licencia de conducir
Apellido de la madre	Primer nombre de la madre	País de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento

DIRECCIÓN

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal +4
Tipo de dirección (Marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Condado de residencia	Condado de responsabilidad	Correo electrónico:	

TELÉFONO

Número de teléfono	Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Buscapersonas <input type="checkbox"/> Trabajo
--------------------	---

DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Empleado de atención médica? (Solamente para adultos) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Entorno de cuidado colectivo? <input type="checkbox"/> Si - Nombre de instalación: _____ <input type="checkbox"/> No
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> Se desconoce	Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> No recopilado <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Se desconoce

Nro. de dependientes menores de 18:	Nro. de dependientes mayores de 18:
-------------------------------------	-------------------------------------

Origen hispano: (marque una respuesta) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano-estadounidense <input type="checkbox"/> Se desconoce/Sin declarar <input type="checkbox"/> No hispano	Apellido de soltera de la madre: _____ Condición de veterano <input type="checkbox"/> Sí
--	---

Raza: (marque todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco o caucásico
<input type="checkbox"/> Indioamericano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro del Sudeste Asiático	<input type="checkbox"/> Se desconoce/ Sin declarar
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Latinoamericano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Samoano	
<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Mexicano-estadounidense	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Otro hispano		

