



Nombre preferido: _____ Date: _____

Nombre Legal (Nombre, Apellidos): _____

Pronombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Información de Contacto (Por favor selecciona método preferido de contacto):

Teléfono _____

Email: _____

Información demográfica

1. Como describirías tu etnicidad?

- Indio Americano
- Nativo(a) de Alaska
- Asiático(a)
- Asiático del Sureste
- Afroamericano(a)
- Blanco(a)
- Hawaiano(a)
- Isleño del Pacífico
- Ninguno(a)
- Desconocido o no reportado

2. ¿Eres hispano o latinx? Si No

3. ¿Cual es tu Nacionalidad? _____

4. Cuál es tu primer lenguaje? Inglés Español Portugués

5. Cuál es tu identidad sexual?

- Heterosexual
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Pansexual
- Asexual
- Cuestionándose
- Queer
- Otro

6. Cómo identificas tu género?

- Femenina
- Masculino
- Transgénero
- No-binario
- Otro

7. ¿Recibes servicios del Departamento de la Salud Mental? Si No

8. ¿Hay algo en tu vida que te gustaría cambiar? Si No

Explica: _____

10. ¿Qué áreas te gustaría trabajar con nosotros? (Selecciona todas las que aplican)

- Vivienda
- Salud y Bienestar
- Uso de sustancias
- Servicios de soporte
- Familia / Conexiones sociales
- Escuela / Educación
- Empleo / Entrenamiento vocacional / Finanzas
- No lo sé, pero necesito soporte

Estoy interesado(a) en los servicios que ofrece el Programa Youth Elemento.

Firma _____

Nombre: _____

Notas:

Contactos de Emergencia

Contacto de emergencia:

Nombre:

Relación:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono de domicilio:

Teléfono celular:
