

Nombre del cliente_____
N.º HMIS_____
Nombre del personal_____
Fecha en que se completó el formulario _____

Formulario de Contacto Estándar del Condado de Santa Cruz

Asegúrese de registrar la información de contacto del cliente en la pestaña “Contacto” en el perfil del cliente en el HMIS y registre la información de ubicación del cliente en la pestaña “Ubicación” en el perfil del cliente.

Información de contacto del cliente

Nombre del cliente	Primer nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Propio	
Teléfono (N.º 1)		
Teléfono (N.º 2)		
Dirección de correo electrónico		
Dirección	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha de obtención de la información		
Nota		

Información de contacto de emergencia

Nombre	Primer nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	
Teléfono (N.º 1)		
Teléfono (N.º 2)		
Dirección de correo electrónico		

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

Dirección	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha de obtención de la información		
Nota		

Información de contacto del administrador de atención/casos

Nombre	Primer nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Administrador de atención/casos Agencia de administración de atención/casos:	
Teléfono (N.º 1)		
Teléfono (N.º 2)		
Dirección de correo electrónico		
Dirección	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha de obtención de la información		
Nota		

Información de contacto del proveedor de atención primaria

Nombre	Primer nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria	
Teléfono (N.º 1)		
Teléfono (N.º 2)		
Dirección de correo electrónico		
Dirección	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

Fecha de obtención de la información	
Nota	

Información de contacto adicional

Nombre	Primer nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Representante de beneficios <input type="checkbox"/> Contacto de Sociedad Inmobiliaria <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono (N.º 1)		
Teléfono (N.º 2)		
Dirección de correo electrónico		
Dirección	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha de obtención de la información		
Nota		

Información de contacto adicional

Nombre	Primer nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Representante de beneficios <input type="checkbox"/> Contacto de Sociedad Inmobiliaria <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono (N.º 1)		
Teléfono (N.º 2)		
Dirección de correo electrónico		
Dirección	Dirección	Ciudad

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____

Fecha de obtención de la información Nota	Estado	Código postal

Nombre del jefe de familia (en caso de ser otra persona) _____