

**Formulario Estándar de
 Contactos
 del Condado de Santa
 Cruz**

Nombre del cliente _____
N.º de HMIS _____
Nombre del personal _____
Fecha en la que se llenó el formulario _____

Información de contacto del cliente:

Nombre del cliente	Nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Cliente	
Teléfono (#1)		
Teléfono (#2)		
Dirección de correo electrónico		
Domicilio	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha en la que se recopiló la información		
Notas		

Información de contacto del cliente

Nombre	Nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Contacto de emergencia	
Teléfono (#1)		
Teléfono (#2)		
Dirección de correo electrónico		

Domicilio	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
	Notas	
Fecha en la que se recopiló la información		

Información de contacto del administrador de casos/atención

Nombre	Nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Administrador de casos/atención	
	Agencia de administración de casos/atención:	
Teléfono (#1)		
Teléfono (#2)		
Dirección de correo electrónico		
Domicilio	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha en la que se recopiló la información		
Notas		

Información de contacto del proveedor de atención primaria

Nombre	Nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria	
Teléfono (#1)		
Teléfono (#2)		

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Dirección de correo electrónico		
Domicilio	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha en la que se recopiló la información		
Notas		

Otra información de contacto

Nombre	Nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Defensor de beneficios
	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Contacto de la sociedad inmobiliaria
	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Otro
Teléfono (#1)		
Teléfono (#2)		
Dirección de correo electrónico		
Domicilio	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha en la que se recopiló la información		
Notas		

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____

Otra información de contacto

Nombre	Nombre	Apellido
Tipo de contacto	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Defensor de beneficios <input type="checkbox"/> Contacto de la sociedad inmobiliaria <input type="checkbox"/> Otro
Teléfono (#1)		
Teléfono (#2)		
Dirección de correo electrónico		
Domicilio	Dirección	Ciudad
	Estado	Código postal
Fecha en la que se recopiló la información		
Notas		

Nombre del cliente _____

Nombre del jefe/jefa de familia (si no es el cliente) _____