

INTAKE FORM - ADULT FAMILY MEMBER (CORE PARTICIPANT) INFORMATION

Nombre de la agencia:		Nombre del programa:	
FAMILY INFORMATION			
GEMS ID de la familia definida:		ID alternativa de la familia definida del programa:	
Apellido de la familia:		Número telefónico:	
Domicilio de la familia: Calle:		Estado:	
Código postal:		Estado:	
No necesitamos saber exactamente, pero ¿cuál de las siguientes categorías mejor describe todos los ingresos que la familia acumuló en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 – menos de \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 – menos de \$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 – menos de \$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 – menos de \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 – menos de \$75,000 <input type="checkbox"/> Más de \$75,000 <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no decir		¿Hay una madre que está esperando en su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no decir	
		¿Cuántos niños hay en su casa entre las edades de 0-5 (hasta los 6 años)?	
		¿Cuántos familiares hay en su casa, incluyéndose a sí mismo?	
ADULT PARTICIPANT INFORMATION			
Nombre del participante:		Apellido del participante;	Media inicial
Nombre de la madre del participante:		Apellido de soltera del madre del participante	
¿Cuál es su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> Empleo temporario <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no decir		¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Casado ahora <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no decir	
Fecha de la entrada al programa: (mm/dd/aa)		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	
¿Es la persona participante de Primeros 5 (First 5)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Género del participante: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
¿Se firmó la forma del consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha en que se firmó la forma del consentimiento: (mm/dd/aaaa)	¿Tiene usted un diploma de la preparatoria o un EDG? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin respuesta/prefiero no decir	
Tipo de familiar:			
<input type="checkbox"/> Padre biológico	<input type="checkbox"/> Padre de crianza	<input type="checkbox"/> Otro pariente del niño/a de 0-5 años	
<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> Madre embarazada	
	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Hermano entre 6-18 años de edad	
Etnicidad del participante (marque a todos los que aplican)			
<input type="checkbox"/> Alaska Nativo o Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Negro/Africano-American	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Asiático (marque abajo)	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino (marque abajo)	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico (marque abajo)	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Mexicano, Mexico-Americano, Chicano	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo	
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Puerto Riqueño	<input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro	
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Samoén	
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Central Americano	<input type="checkbox"/> Otro Isleño Pacífico	
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino		
<input type="checkbox"/> Vietnamita			
<input type="checkbox"/> Otro Asiático			
¿Qué idioma se habla más en su casa?			
<input type="checkbox"/> Inglés principalmente	<input type="checkbox"/> Otro idioma principalmente (indique cuál idioma más abajo)		
<input type="checkbox"/> Inglés tanto como otro idioma (indique abajo)	<input type="checkbox"/> Desconocido		
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Mixteco	<input type="checkbox"/> Algún otro idioma
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Khmer (Camboyano)	<input type="checkbox"/> Punjabi	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Lao	<input type="checkbox"/> Tagalog (Filipino)	
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Mandarin (Putonghua)	<input type="checkbox"/> Vietnamese	