El formulario de admission de Turning Points de Mujeres y Ninos Dia:_____

Es seguro llamar a casa?___ Numero de casa_____ Numero de trabajo_____

Nombre_____

Direccion_____ Ciudad_____

Estado_____ Codigo Postal_____

En caso de emergencia(Nombre)_____ Telefono_____

Nombre de la pareja_____ Relacion a tu pareja

Direccion_____ __Casados
_____ __Viviendo juntos
__Separados
Telefonos C)_____ T)_____ __Saliendo juntos

Descripcion: Altura____ Peso____ Raza_____ Edad____
Color de pelo_____ Color de ojos_____
Ocupacion_____

En este momento estas viviendo con tu pareja? __Si __No

Ninos: (Nombre Completo) Circula (Sexos):

_____ M F Fecha de Nacimiento:_____
_____ M F Fecha de Nacimiento;_____
_____ M F Fecha de Nacimiento:_____
_____ M F Fecha de Nacimiento:_____
_____ M F Fecha de Nacimiento:_____

Hay un acuerdo de custodia **legal**? __Si __No
Si es Si, quien tiene la custodia legal fisica? __Mama __Papa Otra persona_____

Salud

Ahora mismo tus ninos estan bajo un cuidado por un doctor? Si es Si, Para que?

_____

_____

Tus ninos estan tomando alguna medicina? (Por favor especifique)_____

_____

Tus ninos tienen allergias Si es Si, por favor especifique?

_____

_____

Tus ninos tienen alguna necesidades de salud en especial? Por favor explique:

_____

_____

_____

Educacion

Tus ninos estan atendiendo la escuela ahora mismo?_____
Si es asi, Escribe la escuela y grado?_____

_____

Describe cualquier dificultad tu nino esta teniendo en la escuela?

_____

_____

_____

Abuso
Cuando fue el ultimo incidente de abuso? Describelo breviamente.

_____

_____

_____

Describe el peor incidente de abuso.

_____

_____

_____

Alguna vez tus ninos han sido fisicamente o emocionalmente abusado? Explica.

_____

_____

_____

Por favor describe el ultimo incidente de abuso de que tus ninos fueron testigos directamente o indirectamente?_____

_____

_____

Derechos Civiles
He sido informada de los servicios que ofrece Acts/Turning Points. He recivido hojas educacionales que me van a ayudar mas sobre la violencia domestica y el impacto que tiene sobre mi y mi familia. He recivido una copia de los Derechos del Cliente y las entiendo completamente.

_____ _____

Firma del Cliente Firma del Personal

Permiso del padre guardian

Yo por este medio doy permiso, como padre legal y guardian de_____ al personal, personas asignadas y lideres del grupo de Turning Points poder hablar cualquiera/ todas cosas emocionales, educacionales, nutricionales, salud y problemas socials con el nino(s) que estan nombrado arriba. Yo entiendo que cualquier referencia hecha a otras agencias va ser discutido conmigo antes de hacerlo.

_____ _____

Firma del Padre Dia

Autorizacion para poder soltar informacion confidencial

Yo _____(Nombre del Cliente), autorizo Acts/Turning Points de intercambiar o reveler informacion con _____(Nombre de la Organizacion), sobre:

_____Mi Asistencia

_____ La asistencia de mis nino(s)

_____ Necesita Recursos

_____ Mi plan de caso

_____El plan de tratamiento de mis ninos

_____ Atencion Medica

Esta informacion va ser soltada con el intendimiento que no va ser soltada sin mi permiso escrito o el permiso escrito por mi legalmente autorizado y representado.

_____ _____

Firma del Cliente/ Dia Firma del Personal/ Dia

Efectivo hasta _____

Turning Points Hispanic Mothers and Children's Intake Form Date: _____

Safe to call your home?_____ Home Phone_____ Work Phone_____

Name_____

Street Address_____ City_____

State_____ Zip_____

Emergency Contact Person: _____ Phone number: _____

Partner's Name_____ Relationship to Partner

Address_____ ___Married
_____ ___Cohabitating
___Separated
Phone H)_____W)_____ ___Dating

_____Length of Relationship

Description: Height_____ Weight_____ Race_____Age_____
Hair Color_____Eye Color_____
Occupation_____

Are you currently living with partner? ____Yes ____No

Children: (Full Name) Circle (Sex):

_____ M F Birthday:_____
_____ M F Birthday:_____
_____ M F Birthday:_____
_____ M F Birthday:_____
_____ M F Birthday:_____

Is there a **Legal** custody agreement? ___Yes ___No
If Yes, who has physical legal custody? ___Mother ___Father Other_____

Health
Is your child(ren) currently under a doctor's care? If yes, What for?

_____

_____

Is your child (ren) taking any medications?(Please specify) _____

Does your child(ren) have any allergies? If yes, please specify?

_____

_____

Does your child (ren) have any health needs? Please explain:

_____

_____

Education

Is your child (ren) currently attending school? _____

If so, then list school and grade? _____

_____

Describe any difficulties your child is having with school?

_____

_____

Abuse

When was the last incident of abuse? Briefly describe.

_____

_____

_____

Describe the worst incident of abuse.

_____

_____

_____

Has your child(ren) ever been physically or emotionally abused? Explain.

_____

_____

_____

Please describe the last incident of abuse that your child(ren) witnessed either directly or indirectly? _____

_____

_____

Client Rights

I have been informed of the services offered by ACTS/Turning Points. I have received educational handouts that will help me learn more about domestic violence and its impact on me and my family. I have received a copy of Client's Rights and I fully understand them.

_____ _____

Client's Signature Staff Signature

Parent Permission

I hereby give my permission, as the legal/parent guardian of _____ to the staff and assigned advocates and group leaders to Turning Points to discuss any/all emotional, educational, nutritional, health and social problems with the above named child(ren). I understand that any and all other referrals to another agency will be discussed with me prior to such referrals.

_____ _____

Parent's Signature Date

Authorization to release confidential information

I _____ (Client's name), authorize ACTS/Turning Points to exchange or disclose information with _____ (Name of Organization), about:

_____	My attendance	_____	My case plan
_____	My child(ren)'s attendance	_____	My child(ren)'s treatment plan
_____	Resources Needed	_____	Medical Attention

This information is released with the understanding that it is not to be re-released without my written permission or the written permission of my legally authorized representative.

_____ _____

Signature of Client / Date Signature of Staff/ Date

Effective until _____