



ADMISIÓN AL CENTRO SOCIAL

Case Manager: _____ (Supervisor de casos)	Intake Worker: _____ (Funcionario de admisión)
Health Counselor: _____ (Consultor de salud)	Age Verified: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Edad)
Mental Health Specialist: _____ (especialista de salud mental)	Intake Date: ____/____/____ (Fecha de admisión)
	Intake Time: ____:____ AM/PM (Hora de admisión)

¡BIENVENIDO/A AL ALI FORNEY CENTER!

AFC ofrece una variedad de servicios para jóvenes de la comunidad LGBT, de 16 a 24 años de edad, que se encuentran sin un hogar estable. Estos servicios se ofrecen según la necesidad de cada cliente. Los servicios pueden incluir: asesoramiento de apoyo, comidas, atención médica, refugio, programas de derechos, evaluación y tratamiento de salud mental, evaluación y tratamiento para el abuso de drogas y alcohol, educación preventiva y pruebas de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del VIH, y acceso para el tratamiento del VIH. Al firmar, confirmas que toda la información que has dado es verdadera y que quieres recibir servicios ofrecidos por AFC. Al no respetar las reglas del programa, se te pueden negar servicios. Al igual, en cualquier tiempo puedes decidir no recibir servicios de AFC.

Cliente (Nombre impreso): _____ **Fecha:** _____

Cliente (Firma): _____



CÓMO TE SIENTES HOY?

suicida sin esperanza un poco triste neutral bien contento muy contento extremadamente contento

FOR STAFF USE ONLY

Checked-in by _____

Notes:

Date of check-in _____



Follow up/plan needed? _____

Reglas de Conducta

1. No es permitido tener altercados físicos, ni con los clientes, ni con el personal, ni con nadie en el centro. No es permitido amenazar, física o verbalmente, al personal o a otros clientes. Los altercados físicos y las amenazas verbales son estrictamente prohibidos.
2. Se debe tratar con respeto al personal y a los clientes. No es permitido poner sobrenombres ni molestar a nadie. No es tolerable el mal comportamiento. Se te puede pedir que abandones el centro.
3. No voy a cyberbully cualquiera de mis compañeros, esto incluye un mensaje de texto o cualquier otro sitio de medios sociales.
4. No se permite participar en actos sexuales ya sea en el centro o en áreas cercanas.
5. No voy a solicitar actos sexuales o sexualmente acosar a mis compañeros o personal.
6. No se permite el robo de objetos que pertenecen a AFC, su personal, sus clientes, o del edificio.
7. El consumo y venta de alcohol y drogas no es permitido ya sea en el centro o en áreas cercanas.
8. No traeré bebidas alcohólicas o drogas ilegales a las facilidades, y se me pedirá que me valla de AFC si interrumpo la programación.
9. No se permite fumar.
10. Cargar o usar cualquier tipo de arma no es permitido. Si esta es tu primera vez en AFC y tienes un arma contigo, se te pide entregarla y se te regresara antes de partir.
11. Se te pedirá partir si tu comportamiento es inapropiado.
12. No se permite dormir.



13. El área frente al escritorio principal está reservada para clientes que están esperando cita. Si no esperas cita, debes estar en el cuarto de grupos que se encuentra en la parte posterior del centro.
14. Mientras haya grupos en sesión, se espera la participación de los clientes que estén presentes. Si no deseas participar, favor de salir.
15. AFC no se hace responsable de tus pertenencias. Cualquier objeto que se deje puede ser descartado.
16. No se permite estar fuera o cerca del edificio para fumar y/o platicar. Puedes ir a la siguiente cuadra o al parque que se encuentra en la calle 22.
17. Tienes que ser menor de 25 años para obtener servicios de AFC. Debes presentar una forma de identificación en una semana o menos.
18. No se permite participar en ninguna actividad de pandillas en, o alrededor, de la propiedad de AFC. Entiendo que esto significa que tampoco se permite reclutar, ni el vestuario afiliado con pandillas como los pañuelos, collares, y ciertos colores.
19. No revelaré el estado de salud (incluyendo VIH/SIDA) de ningún cliente. Si lo hago, se me pedira que me vaya de las facilidades.

Al firmar, confirmas que has leído las reglas de conducta y entendemos tus responsabilidades como cliente de AFC. Al no respetar estas reglas, pueden ser suspendido del programa o se te puede negar definitivamente acceso a nuestros servicios.

Personal de AFC: _____ **Fecha:** _____

Cliente: _____ **Fecha:** _____



DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Como cliente del Ali Forney Center, tu derecho a mantener tu información privada es siempre protegido. Esto significa que no se permite que miembros del equipo compartan tu información, verbalmente o por escrito, con alguien fuera de la agencia sin tu consentimiento. Sin embargo, en ciertos casos, debemos incluir a otras entidades, sin tu consentimiento, para poder asegurar tu seguridad y bienestar al igual que la de los demás.

Esencialmente, todo lo que digas, hagas, o expreses es confidencial con excepción a lo siguiente:

- Intento o planeo lastimarme
- Intento o planeo lastimar a otra persona
- Tengo conocimiento de un menor de edad que esta siendo abusado o lastimado

Tu información también puede ser compartida con otros miembros del equipo de AFC únicamente cuando se requiere obtener consejería profesional y sugerencias sobre planes de tratamiento.

Al firmar, confirmas que has leído la póliza de confidencialidad y entendemos tus derechos como cliente del Ali Forney Center.

Personal de AFC: _____

Fecha: _____

Cliente: _____

Fecha: _____



PÓLIZA DE QUEJAS

Todo cliente tiene derecho a presentar una queja formal sobre la calidad de servicios ofrecidos por el equipo de AFC. Clientes tienen el derecho para completar una queja si han sufrido un incidente(s) de acoso sexual o si ha sido testigo cualquier mala conducta de los empleados.

Al ser cliente de AFC, puedes presentar cualquier queja a la atención del director del programa al completar un formulario de quejas (Grievance Form). Si el problema es con el director del programa, la queja puede ser dirigida al director ejecutivo.

El director del programa y/o el director ejecutivo investigará toda alegación presentada por el cliente y responderá según sea apropiado. La queja del cliente y la respuesta del director serán archivadas en la carpeta "Monthly Reporting" (Reportes Mensuales).

Personal de AFC: _____ **Fecha:** _____

Cliente: _____ **Fecha:** _____



Bienvenido/a al Ali Forney Center (AFC). Para poder ayudarte mejor, favor de contestar las siguientes preguntas. Todas tus respuestas son completamente confidenciales.

IDENTIDAD

Fecha: _____

Apodo/Nombre Preferido: _____

Nombre Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Personal Preferido: el ella ellos otro pronombre _____

Identidad de género: hombre mujer mujer transgénero
 hombre transgénero Intersexual
 otra identidad de género: _____

Orientación Sexual: gay lesbiana bisexual heterosexual
 cuestionando/no estoy seguro/a ninguna de las opciones anteriores: _____

¿Cual es tu sexo asignado al nacer? hombre mujer intersex
 ninguna de las opciones anteriores

Estado Civil: soltero/a casado/a divorciado/a separado/a
 juntos - sin casarse viudo/a otro _____

VIVIENDA

¿Cual opción u opciones describen mejor tu vivienda?

- Temporalmente con padres / guardianes
- Temporalmente con amigas/familiares/otras personas
- In motels u hotels
- refugios de emergencia (vivencias de emergencia, viviendas para víctimas de violencia doméstica, etc)
- Trenes, paraques, calles o en otros lugares públicos
- Instituciones (hospitales, psiquiátricos, cárceles)



Otros

¿Estas actualmente sin hogar o necesitas donde vivir? Sí No

¿Cómo te quedaste sin hogar? _____

¿Cuánto tiempo llevas sin tener donde vivir, viviendo en la calle, o en un refugio?

- algunas semanas
- algunas meses
- mas de 6 meses
- más de un año
- algunos anos o mas

Has estado sin hogar alguna vez? Sí No

De ser asi, me podrias decir mas acerca de eso? Sí No

¿Te gustaría que agregaramos tu nombre a nuestra lista de espera? Sí No

¿Estas buscando servicios específicos para personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, y Transgenero (LGBTQ)? Sí No

Si contestate “Sí”, ¿porque estas buscando servicios para personas LGBTQ? _____

Si te identificas como una persona LGBTQ, favor de indicar cómo te sientes sobre las siguientes frases. Tuae respuestas nos ayudan a diseñar servicios de apoyo para nuestros clientes.

Tengo una actitud positiva de ser LGBTQ

(1) Estoy muy de acuerdo (2) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (4) Estoy en desacuerdo (5) Estoy muy en desacuerdo (3) No se

Me siento incomodo cuando me encuentro en público con personas LGBTQ

(5) Estoy muy de acuerdo (4) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (2) Estoy en desacuerdo (1) Estoy muy en desacuerdo (3) No se

Frecuentemente me averguenzo de ser LGBTQ.

(5) Estoy muy de acuerdo (4) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (2) Estoy en desacuerdo (1) Estoy muy en desacuerdo (3) No se



En general, me gusta ser LGBTQ.

(1) Estoy muy de acuerdo (2) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (4) Estoy en desacuerdo (5) Estoy muy en desacuerdo (3) No se

Me preocupa de lo que otros piensen de mi por ser LGBTQ.

(5) Estoy muy de acuerdo (4) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (2) Estoy en desacuerdo (1) Estoy muy en desacuerdo (3) No se

Soy orgulloso de ser LGBTQ

(1) Estoy muy de acuerdo (2) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (4) Estoy en desacuerdo (5) Estoy muy en desacuerdo (3) No se

Quisiera no ser LGBTQ

(5) Estoy muy de acuerdo (4) Estoy de acuerdo (3) Estoy indeciso (2) Estoy en desacuerdo (1) Estoy muy en desacuerdo (3) No se

¿Qué es lo que más necesitas en este momento?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Alguna vez has recibido servicios de AFC? Sí No No se

¿Alguna vez te has quedado en uno de nuestros refugios? Sí No No se

¿Como te enteraste de AFC? en línea /sitio web redes sociales amigas / familia
 otra agencia otro

si otras agencias, ¿cuál? _____

¿Alguna vez has hablado con un representante de AFC? Sí No No se

¿Alguna vez te has comunicado con un representante de AFC

¿Por Facebook? Sí No

¿Por un sitio de chat? Sí No

¿Por el sitio de internet de AFC? Sí No



¿Por twitter? Sí No

¿Alguna vez has recibido un mensaje de texto de un representante de AFC? Sí No

MODOS DE COMUNICACIÓN

Numero(s) de telefono: _____

Correo Electronico: _____

Redes Sociales: _____

¿Cuál es la mejor manera de ponernos en contacto contigo? _____

FORMAS DE IDENTIFICACIÓN Y RESGUARDO

¿Tienes lo siguiente contigo en este momento?

- Acta de nacimiento Sí No

- Tarjeta de seguro social Sí No

- ¿Cuál es tu numero seguro social (SSN)? _____

- Identificación del estado de NY Sí No

- Tarjeta de beneficios del estado de NY Sí No

- Medicaid Sí No

- ADAP/ADAP+ Sí No

- Otro tipo de aseguranza médica Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es su proveedor de seguros? _____

¿El seguro está a su nombre? Si No

Si no, ¿quién es el titular principal del plan? _____

- cupones /estampilla de comida Si No

- Asistencia Publica Si No

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

¿Donde naciste? Manhattan Brooklyn Bronx Queens Staten Island Otro

Si nació fuera de los Estados Unidos,

¿en qué mes y año vino a los Estados Unidos? ____/____/____



¿Donde creciste? Manhattan Brooklyn Bronx Queens Staten Island Long island Upstate NY Fuera del estado de ultramar

Si fuera del estado, ¿en qué estado?(¿Dónde viviste más tiempo?) _____

Si en el extranjero, ¿qué país? _____

¿Eres ciudadano/ a de los estados unidos? Sí No

¿Como te identificas? negro/africano-american
 blanco/caucasico
 nativo de Hawai o de las islas del pacífico
 asiatico
 indigena americano o nativo de alaska
 Más de una raza
 otra raza/grupo étnico: _____

¿Eres Hispanic/Latino? Sí No

Si contestaste "Sí", ¿Como te identificas? centro americano/a
 mexicano/a
 cubano/a
 puertorriqueno/a
 dominicano/a
 sudamericano/a
 otro grupo étnico _____

¿Cuál fue el último año de escuela que completaste? Noveno grado
 Decimo grade
 Onceavo grado
 Duodécimo grado
 Universidad
 Otro

¿Tienes diploma de secundaria/high school? Sí No

¿Tienes certificado de GED? Sí No

¿Has completado cursos universitarios? Sí No

¿Estás matriculado/a en la escuela? Sí No



¿Si contestaste “Sí”, en cual escuela estás matriculado/a? _____

¿Alguna vez participaste en un programa de educación especial? Sí No

¿Has completado un programa de formación profesional? Sí No

¿Tienes empleo en este momento?

- trabajo regular/tiempo
- trabajo regular/medio tiempo
- empleo temporal/ocasional
- sin empleo
- sin empleo/buscando empleo
- otro tipo de empleo _____

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero has recibido de los siguientes recursos?

Salario de trabajo

\$

Asistencia publica/welfare

\$

Seguro Social (SSI/SSD)

\$

Familiares/amistades

\$

Ingresos no legales

\$

Sumas total

\$

Tómese un momento para responder algunas preguntas sobre su salud sexual.



Todas sus respuestas se mantienen confidenciales.

Responda honestamente y según su leal saber y entender. ¡GRACIAS!

¿Con quién has tenido sexo? (Marque todo lo que corresponda?)	En los últimos 5 años:	En los últimos 6 meses:	En caso afirmativo, seleccione todos los que correspondan	¿Sin condón?
Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hombre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mujer transgénero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hombre transgénero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro genero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió	<input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguna vez has?....

¿Diagnosticado con hemofilia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Recibió un producto sanguíneo o un trasplante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Tenía un piercing en el cuerpo por parte de un profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Tenía un tatuaje de un profesional no?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Vivió con alguien que tiene hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Tenía hemodiálisis crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Has estado expuesto a sangre o fluidos corporales en el trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió
¿Consumo drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no respondió



¡Gracias!

¡Regístrese por un día y hora para completar el proceso de admisión!

Lunes 9:00 a.m., 2:00 p.m.

Martes 9:00 a.m., 2:00 p.m.

Miércoles 9:00 a.m., 5:00 p.m.

Jueves 9:00 a.m., 2:00 p.m.

Viernes 9:00 a.m., 2:00 p.m.

Sábado 2:00 p.m.

Domingo 2:00 p.m.