



de Caso: _____

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

FORMULARIO CONFIDENCIAL DE DATOS DEL CLIENTE

Completado por el Cliente

NOTA: La información presentada en este formulario es solamente para el uso de First Advantage, EAP (Programa de Asistencia al Empleado) La reproducción o distribución de esta información para otros propósitos está en violación de las leyes de confidencialidad.

Nombre:		SEXO		PERSONA CONTACTO PARA EMERGENCIAS	
Dirección:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Nombre:	
				No. de Teléfono:	
ESTADO CIVIL		EDAD		EDUCACION	
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Separad(o) <input type="checkbox"/> Cohabitando <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Menor de 13 <input type="checkbox"/> 13-19 <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 Fecha de Nacimiento _____		<input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> Mayor de 69	
		<input type="checkbox"/> Escuela Primaria <input type="checkbox"/> Parte de Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Escuela Técnica o Vocacional <input type="checkbox"/> Completado de 1 a 4 años de universidad <input type="checkbox"/> Graduado Universitario <input type="checkbox"/> Post-grado		SEGURO MEDICO Por favor especificar: _____ _____ _____	
ORIGEN ETNICO (Opcional)		RELACION CON EL EMPLEADO		SEGUIMIENTO	
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____ Por favor especificar país de origen: _____		<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Esposo(a) del empleado <input type="checkbox"/> Hijo(a) del empleado <input type="checkbox"/> Padre(madre) del empleado <input type="checkbox"/> Empleado retirado <input type="checkbox"/> Esposo(a) de un empleado retirado <input type="checkbox"/> Otro _____		Nos permite usted que hagamos un seguimiento con algunas preguntas para determinar si sus necesidades fueron satisfechas con nuestros servicios? Si su respuesta es "Si", por favor marque la manera en que desea se haga este seguimiento: <input type="checkbox"/> Email _____ (solo lo usaremos una vez durante la encuesta; no utilizaremos su e-mail para ningun otro proposito) <input type="checkbox"/> telefono _____ <input type="checkbox"/> no deseo un seguimiento Gracias por ayudarnos en brindar un servicio de calidad.	
Que es lo que espera del Programa EAP? _____					
Cuanto tiempo hace que tiene este problema? # _____ años # _____ meses # _____ semanas # _____ días					
Tiene usted problemas graves de salud? _____ si _____ no. Si su respuesta es "Si", por favor describa el problema: _____					
Quien vive con Usted en la misma casa? _____					
COMPLETE ESTA SECCION SOLAMENTE SI ES UN EMPLEADO					
SUELDO ANUAL		TIPO DE TRABAJO		NIVEL EN EL TRABAJO	
<input type="checkbox"/> Menos de \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999 <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$69,999		<input type="checkbox"/> \$70,000 - \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999 <input type="checkbox"/> \$150,000 - \$199,999 <input type="checkbox"/> Más de \$200,000		<input type="checkbox"/> Gerencial <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Ventas/Publicidad <input type="checkbox"/> Secretarial/trabajo de oficina <input type="checkbox"/> Profesional	
				<input type="checkbox"/> Ejecutivo/Jefe <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Empleado sin funciones de supervisión (recibe horas extras) <input type="checkbox"/> Empleado sin funciones de supervisión- exento (no recibe horas extras)	
EMPLEO: ¿Hace cuánto tiempo trabaja en la compañía? _____ años _____ meses Nombre de la compañía _____					
Describa en qué consiste su trabajo: _____ _____					
¿Su supervisor o jefe ha hablado con usted acerca de su desempeño en el trabajo en los últimos 12 meses? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No					
Si responde sí, por favor describa su conversación. _____ _____					
¿Ha sufrido algún accidente en el trabajo en los últimos 12 meses? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si responde sí, describa el tipo de accidente. _____ _____					
¿Tiene algún problema con sus compañeros de trabajo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Con su supervisor? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Con el trabajo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No					
Si responde "si" a algunas de las preguntas previas, por favor describalo _____ _____					