



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, rellene toda la información en este formulario. Si necesita ayuda, hable con alguien de nuestro personal.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Edad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Apt #: _____ Teléfono: Casa: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Trabajo: _____

Email: _____ Preferencia de Contacto: _____ Celular: _____

Idioma Primario: _____ Preferencia Religiosa: _____

Raza: Blanco Negro Asiático Indio Americano Nativo de Alaska Nativo Hawaiano Isleño Del Pacífico Multirracial

Etnia: Puertorriqueño Mexicano Cubano Otro Hispano Haitiano Mexicano Americano
(marque una opción) Español/Latino Ninguna de los anteriores

Estado Civil: Nunca Casado Casado Viudo Divorciado Separado Pareja de Hecho Legalmente Separado

Estatus de Empleo: Militar Activo Tiempo Completo Independiente TC Tiempo Parcial Independiente TP

Desempleado Discapacitado Jubilado Estudiante Ama de Casa Permiso de Ausencia Recluso Penal No autorizado para trabajar

Educación Más Alta Completada: _____ Escuela Actual: _____

Estatus Residencial: Vida independiente solo Vida independiente, con parientes Vida independiente, con personas sin parentesco Vida dependiente, c/parientes Vida dependiente, c/personas sin parentesco Sin Hogar Hogar Grupal Cárcel Centro de Vida Asistida Instituto de Salud Mental Hogar de Ancianos Vivienda Asistida Hogar de Acogida Instalaciones del DJJ Residencias de Crisis Residencia de Tratamiento Infantil Centro de Vida Asistida con Licencia de Salud Mental Otro

Número Total de personas que viven en el hogar _____

¿Alguna vez ha sido conocido por otro nombre o antiguo alias?: No Sí Nombre: _____

Nombre/Apodo Preferido: _____

Remitido por: _____ Teléfono de Referencia: _____

¿Tiene un plan de casos abierto de bienestar infantil?: Sí No Veterano: Sí No

¿Alguna vez ha recibido servicios aquí antes? No Sí En caso afirmativo, cuándo: _____

IDENTIFIQUE LOS FACTORES DE DISCAPACIDAD:

Discapacidades del Desarrollo: Sí No

No Ambulatorio: Sí No

Sordo o con problemas de audición: Sí No

Idioma Inglés Severamente Limitado: Sí No

Discapacidad Física: Sí No

Discapacidad Visual: Sí No

Funcionalidad en vida diaria: Sí No

(Incapacidad para llevar una vida diaria independiente)

¿Qué ayudas auxiliares, servicios o asistencia necesita para ayudarle a comunicarse con nosotros? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / PADRE / TUTOR LEGAL (encierre una en un círculo)

Nombre: _____ Teléfono: Casa: _____

Dirección: _____ Apt #: _____ Trabajo: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Parentesco: _____

BENEFICIOS MÉDICOS

¿Tiene algún seguro? Sí No **Medicaid** **Medicare** **PPO/HMO Comercial**

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar esto o un reclamo relacionado a:

Nombre y dirección de la aseguradora _____ ID de miembro: _____

Autorizo el pago de beneficios a Directions for Living.

Firma del Cliente _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono #: _____
Otro Médico Tratante: _____ Teléfono #: _____
Especialista en Manejo del Dolor: _____ Teléfono #: _____

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO / CONSENTIMIENTO PARA TRATAR / CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Mi firma a continuación certifica que:

- 1) Doy permiso al personal de Directions for Living para prestar servicios de salud mental / tratamiento y/o prevención de abuso de sustancias a la persona nombrada a continuación, ya sea en persona o a través de telesalud o telefónico.
- 2) He recibido una copia del manual del cliente, que también está disponible para descargar aquí http://directionsforliving.org/your_visit/ que incluye información sobre:
 - Misión Organizativa
 - Directiva Anticipada
 - Horario de Atención
 - Procedimientos de Emergencia
 - Aviso de Prácticas de Privacidad
 - Servicios de Tratamiento
 - Derechos y Responsabilidades del Cliente
 - Control de Enfermedades Infecciosas
 - Procedimientos de Presentación de Quejas
- 3) He recibido la información de educación sobre el VIH/SIDA y entiendo que puedo solicitar más información sobre las pruebas y otros servicios en cualquier momento.
- 4) Doy mi consentimiento para ser contactado por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto con respecto a mis citas.
- 5) Entiendo que puedo ser contactado acerca de mis servicios en Directions for Living durante o después de los servicios para propósitos de mejora de calidad.
- 6) Entiendo que es posible que se requiera que Directions envíe información estadística y demográfica como mi edad, número de seguro social y/o ingresos a ciertas agencias locales, estatales y/o federales para proporcionar mis servicios. También entiendo que puedo pedir información más específica con respecto a esto en cualquier momento.
- 7) Estoy proporcionando este consentimiento para los servicios de tratamiento y/o prevención voluntariamente y entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre del Cliente Escrito _____

Firma del Cliente _____

Fecha _____

Firma del Padre / Tutor (si corresponde) _____

Fecha _____

Parentesco con el Cliente _____

Testigo _____

Fecha _____

Hallando tu puntuación ACE (Experiencias Adversas de la Infancia)

Mientras crecías, durante tus primeros 18 años de vida:

1. ¿Un padre u otro adulto en el hogar, **a menudo o muy a menudo...**
Te decía groserías, insultaba, degradaba o humillaba?
o
Actuaba de una manera que te hizo temer que podrías ser lastimado físicamente?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
2. ¿Un padre u otro adulto en el hogar, **a menudo o muy a menudo...**
Te empujaba, agarraba, abofeteaba o te lanzaba algo?
o
Alguna vez te pegó tan fuerte que tenías marcas o estabas herido?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
3. ¿Un adulto o una persona al menos 5 años mayor que tú **alguna vez...**
Te tocó o acarició o hizo que tocaras su cuerpo de manera sexual?
o
Intentó o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales contigo?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
4. ¿**A menudo o muy a menudo** sentías que...
Nadie de tu familia te amaba o pensaba que eras importante o especial?
o
Tu familia no se cuidaban mutuamente, ni se sentían cercanos uno del otro, o no se apoyaban mutuamente?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
5. ¿**A menudo o muy a menudo** sentías que...
No tenías suficiente para comer, tenías que usar ropa sucia, y no tenías a nadie que te protegiera?
o
Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si lo necesitabas?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
6. ¿Tus padres **alguna vez** se separaron o divorciaron?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
7. ¿A tu madre o madrastra:
A menudo o muy a menudo la empujaban, agarraban, abofeteaban, o le lanzaban algo?
o
A veces, a menudo, o muy a menudo la pateaban, mordían, la golpeaban con un puño, o la golpeaban con algo duro?
o
Alguna vez la golpearon repetidamente por al menos unos minutos o la amenazaron con una pistola o cuchillo?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
8. ¿Vivías con alguien que fuera un bebedor problemático o alcohólico o que usara drogas callejeras?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
9. ¿Un miembro del hogar estaba deprimido o mentalmente enfermo, o un miembro del hogar intentó suicidarse?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____
10. ¿Un miembro de la familia fue a prisión?
Sí No En caso afirmativo, coloca 1 _____

Ahora suma tus respuestas de "Sí": _____ esta es tu puntuación de ACE.

Nombre del Cliente:

Número de Cliente:

Name _____

Date: _____

**Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (MSSI-SA)-SPANISH
Formulario administrado por uno mismo**

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol y otras drogas, incluyendo medicación/medicinas recetadas y de venta libre. Se conservará la confidencialidad de sus respuestas. Marque la respuesta que mejor describa su situación. Responda a las preguntas de acuerdo con sus experiencias en los últimos 6 meses.

Las respuestas consignadas en este formulario nos ayudarán a identificar sus necesidades y brindarle servicios. Sus respuestas no le excluirán de recibir servicios, atención o tratamiento en este programa.

Segun sus respuestas a estas preguntas, nos puede aconsejar que obtenga mas evaluacion completo. Esto seria voluntario y seria una opcion de tener una evaluacion adicional o no.

Durante los últimos 6 meses...

	Sí	No
1a. ¿Ha consumido alcohol u otras drogas? (Como vino, cerveza, licor de alta graduación, marihuana, cocaína, heroína u otros narcóticos, estimulantes (“sentido altos”), depresores (“sentido bajo”), alucinógenos o sustancias inhalantes)		
1b. Ha usado medicación/medicinas recetadas o de venta libre? (Tales como píldoras para dormir, analgésicos, sedantes o medicación contra la ansiedad como Valium, Xanax o Ativan)		
2. ¿Ha pensado que consume demasiado alcohol u otras drogas? (Otras drogas también incluye más medicación recetada o de venta libre que la recomendada.)		
3. ¿Ha intentado reducir el consumo o dejar de beber o usar otras drogas?		
4. ¿Ha pedido ayuda por su consumo de alcohol o droga? (Como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, asesores psicológicos u otro programa de tratamiento.)		

<p>5. ¿Ha tenido problemas de salud? Por favor indique si:</p> <p><input type="checkbox"/> ha sufrido desmayos u otros períodos de pérdida de memoria</p> <p><input type="checkbox"/> se lesionó la cabeza después de beber o consumir drogas</p> <p><input type="checkbox"/> ha tenido convulsiones, delirium tremens (“DT”)</p> <p><input type="checkbox"/> ha tenido hepatitis u otros problemas hepáticos</p> <p><input type="checkbox"/> se sintió descompuesto, tembloroso o deprimido al dejar de consumir</p> <p><input type="checkbox"/> se sintió como si tuviera insectos o una sensación de hormigueo bajo la piel al dejar de consumir drogas</p> <p><input type="checkbox"/> se ha lesionado después de beber o consumir drogas</p> <p><input type="checkbox"/> ha usado agujas para inyectarse drogas</p>
--

Por favor continuar ⇒

Name _____
Date _____

SPANISH

Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (continuación)

	Sí	No
6. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas con sus familiares o amigos?		
7. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas en la escuela o en el trabajo?		

	Sí	No
8. ¿Lo han arrestado o ha tenido otros problemas legales? (Como cheques sin fondo, conducir bajo la influencia de alcohol, robo o posesión de drogas.)		
9. ¿Ha perdido el control o participado en peleas verbales o físicas durante el consumo de alcohol u otras drogas?		
10. ¿Necesita beber o consumir drogas cada vez con más frecuencia para conseguir el efecto que desea?		
11. ¿Pasa mucho tiempo pensando cómo conseguirá o intentando conseguir alcohol u otras drogas?		
12. Cuando bebe o consume drogas, ¿es más probable que haga algo que no haría normalmente, por ejemplo, no cumplir las reglas, violar la ley, vender cosas de valor para usted, o tener sexo sin protección?		
13. ¿Se siente mal o culpable por beber o usar drogas?		

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias de vida en general.

	Sí	No
14. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol o las drogas?		
15. ¿Alguno de sus familiares ha tenido problema con el alcohol o las drogas?		
16. ¿Piensa que tiene un problema con el alcohol o las drogas ahora?		

Gracias por completar este cuestionario.



CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ - 9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un “_” para indicar su respuesta)

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
------------	-------------	-----------------------------	---------------------

1. Poco interés o placer en hacer cosas				
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas				
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado				
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía				
5. Sin apetito o ha comido en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión				
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera				

FOR OFFICE CODING 0 + + + +

=Total Score: _____

Si marcó **cualquiera** de los problemas, ¿qué tanta **dificultad** le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

**No ha sido
difícil**

**Un poco
difícil**

**Muy
difícil**

**Extremadamente
difícil**

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir

Revised 3/19/23

Client Name: _____

Client #: _____



Avatar URICA

Evaluación de La Etapa de Cambio

Nombre del Cliente: _____

ID de Cliente: _____

Fecha de la Evaluación: _____

Profesional: _____

		1 Totalmente en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Indeciso	4 De Acuerdo	5 Totalmente de Acuerdo
1.	En lo que a mí respecta, no tengo ningún problema que necesite cambiar.					
2.	Creo que podría estar listo para un poco de superación personal.					
3.	Estoy haciendo algo sobre los problemas que me habían estado molestando.					
4.	Podría valer la pena trabajar en mi problema.					
5.	Yo no soy el problema. No tiene mucho sentido para mí estar aquí.					
6.	Me preocupa que pueda volver a caer en un problema que ya he cambiado, por lo que estoy aquí para buscar ayuda.					
7.	Finalmente estoy trabajando en mi problema.					
8.	He estado pensando que podría querer cambiar algo de mí mismo.					
9.	He tenido éxito en trabajar en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo por mi cuenta.					
10.	A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando en ello.					
11.	Estar aquí es una pérdida de tiempo para mí porque el problema no tiene que ver conmigo.					
12.	Espero que este lugar me ayude a entenderme mejor.					
13.	Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.					
14.	Realmente estoy trabajando duro para cambiar.					
15.	Tengo un problema y realmente creo que debería trabajar en ello.					
16.	No estoy siguiendo con lo que ya había cambiado tan bien como esperaba, y estoy aquí para evitar una recaída del problema.					
17.	A pesar de que no siempre tengo éxito en el cambio, al menos estoy trabajando en					
18.	Pensé que una vez que hubiera resuelto mi problema estaría libre de él, pero a veces todavía me encuentro luchando con él.					
19.	Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver el problema.					
20.	He empezado a trabajar en mis problemas, pero me gustaría tener ayuda.					
21.	Tal vez este lugar pueda ayudarme.					
22.	Es posible que necesite un impulso en este momento para ayudarme a mantener					
23.	Puedo ser parte del problema, pero realmente no creo que lo sea.					
24.	Espero que alguien aquí tenga un buen consejo para mí.					
25.	Cualquiera puede hablar de cambiar; en realidad estoy haciendo algo al respecto.					
26.	Toda esta charla sobre psicología es aburrida. ¿Por qué la gente no puede olvidarse					
27.	Estoy aquí para evitar una recaída de mi problema.					
28.	Es frustrante, pero siento que podría estar teniendo una recurrencia de un					
29.	Tengo preocupaciones, pero también lo tiene el siguiente. ¿Por qué pasar tiempo					
30.	Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31.	Prefiero lidiar con mis defectos que tratar de cambiarlos.					
32.	Después de todo lo que había hecho para tratar de cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a perseguirme.					



Directions for Living

LIFE GETS BETTER HERE.™

Directiva Anticipada de Salud Mental

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente: _____

Esta es una directiva anticipada. Le permite tomar decisiones por adelantado para su tratamiento de salud mental. Es importante que identifique sus preferencias e identifique a los amigos o familiares que le gustaría contactar para informarles de su hospitalización.

1. Si tengo que ir al hospital, yo prefiero ir a _____.
Entiendo que mi preferencia tal vez no pueda ser satisfecha.

2. Me gustaría identificar a la siguiente persona si estoy hospitalizado:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Parentesco: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____ Nombre Escrito: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Nombre Escrito: _____

Proveedor de DFL: _____ Fecha: _____ Nombre Escrito: _____


Directions for Living
LIFE GETS BETTER HERE.
**FORMULARIO DE
TARIFA FINANCIERA**

Fecha: _____

Pago basado en:

Medicare Medicaid Plan de Salud de Pin. Cty Pago Propio/Sin Seguro

Comercial: _____ **Nombre del Seguro:** _____

Ingresos Mensuales del Cliente: \$ _____ Otros Ingresos Mensuales: \$ _____

Ingresos Anuales del Hogar: \$ _____

Número total de personas mantenidas por los ingresos familiares anuales: _____

Tipo de Verificación de Ingresos:

Recibo de Nómina Recibo de Desempleo W2/ 1099
 Carta de Apoyo Recibo del SSI Autoinformado
 Otro: _____

Ingresos verificados por (nombre del personal) : _____

** La verificación de ingresos mencionada anteriormente debe copiarse y colocarse en el registro del cliente
** Se completará trimestralmente excepto TANF que es cada 30 días*

A continuación, se completará con FSR para AOP/COP/Médico:

Califica para IDP: Si No
Pago Propio \$: _____ Escala Móvil %: _____

Motivo de la tarifa completa: _____ (Nombre del seguro que no aceptamos)

Tarifas del Servicio de Terapia

Honorarios por Servicios Médicos

Evaluación: \$ _____ Evaluación Psiquiátrica \$ _____
Terapia Grupal: \$ _____ Visitas de Seguimiento de Medicamentos \$ _____
Terapia: \$ _____

Firma del Rep. De Svcs Financieros.

Fecha

Firma del Cliente/Tutor

Fecha

** Por favor entregue una copia al cliente y coloque el original en el Archivo del cliente.*

Nombre del Cliente: _____

Cliente #: _____

NATIONAL VOTER REGISTRATION ACT

Formulario de Preferencia y Solicitud de Registrar

Preferencia de cliente (Marcar solo una casilla en 1. o 2.)

Si usted no marca ninguna casilla, a usted se le considerará como si no hubiese elegido inscribirse para votar o actualizar su inscripción como votante en este momento.

1. Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, le gustaría inscribirse para votar hoy?

Sí No, yo declino.

2. Si usted está inscrito para votar donde vive ahora, le gustaría actualizar su inscripción?

Sí No, yo declino.

CLIENTE: _____
Nombre or número de identificación Fecha

SÓLO USO OFICIAL EXCLUSIVO

(Marcar todo que aplica)

[Nota: Solamente el cliente elegible puede declinar o aceptar la oportunidad de inscribirse o de actualizar su inscripción.]

1. Cliente aplicó: para nuevo servicios/ayuda
 para renovar servicios/ayuda para cambiar de dirección

2. Manera de aplicar: en persona en teléfono
 en casa por el Internet o ordenador

3. Cliente: Entregó su solicitud.
 Fue mandado el formulario de preferencia y solicitud que la mandamos el ___/___/___ (fecha).
 No rellenó su solicitud o llevó la solicitud con ello.

Guardar este parte de formulario de preferencia por dos años desde la fecha firmada (DS-DE 77-SPN; rev. 11-2011)

=====Aviso de Derechos=====

Ayuda: Si usted quisiera ayuda para llenar la solicitud de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar or aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar este solicitud en privado.

Beneficios: Inscribirse o declinar inscribirse no afectará la cantidad de ayuda que una agencia de asistencia le puede dar a usted.

Privacidad: La información siguiente permanecerá confidencial y no podrá utilizarse para ningún propósito, aparte de la inscripción para votar: 1) Su decisión de no inscribirse para votar o de no actualizar su registro, y 2) La información relacionada con la oficina en que eligió de inscribirse o actualizar su inscripción o de declinar de hacerlo.

Queja Formal: Si usted cree que alguien ha entrometido con su derecho a inscribirse o declinarse a inscribirse para votar, con su derecho a la privacidad sobre su decisión de inscribirse o actualizar su inscripción, o con su derecho a elegir su propio partido político o otra preferencia político, usted puede presentar una queja formal con el Secretario del Estado. Mandálo a: Florida Department of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Se pueden conseguir este formulario/solicitud a llamar 1-850-245-6200 o a visitar la página web: <http://election.dos.state.fl.us/NVRA/index.shtml>.

[autoridad: National Voter Registration Act (42 U.S.C. 1973gg); artículos 97.023, 97.058 y 97.0585, F.S.]

Para inscribirse para votar en Florida, Usted Debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos (un residente permanente legal no puede inscribirse ni votar)
- Tener por los menos 18 años (puede inscribirse antes si tiene 16 o 17 años aunque no puede votar hasta que tiene 18 años)
- Ser residente de Florida
- Si ha sido condenado por un delito mayor or si ha sido declarado mentalmente incapacitado para votar, a menos, tiene que restablecer su derecho de votar antes de inscribirse

Si no cumple estos requisitos, usted no es elegible para inscribirse para votar.

Donde inscribirse:

- Una oficina de cualquier supervisor electoral en Florida
- Una oficina para obtener la licencia de conducir
- Una agencia de inscripción de votantes (como una oficina de asistencia pública, oficina de asistencia para personas con discapacidad, oficina de reclutamiento para militares, o la biblioteca pública.), o
- La División de Elecciones.

Usted puede mandar por correo o entregar en persona la solicitud a unas de las oficinas susodichas

Si lo manda, enviar con franqueo suficiente a:

Division of Elections
R.A. Gray Building
500 S. Bronough Street
Tallahassee, Florida 32399-0250

(información de contacto: 850-245-6200; <http://election.dos.state.fl.us>)

Su Supervisor electoral se ponen en contacto con usted si su solicitud no está completa, si la deniega o si repita una inscripción actual. Una vez que usted está inscrito para votar, le enviarán una tarjeta de información del votante por correo.

***** Pasa a la página siguiente por información y la solicitud de inscripción de votante *****



Inscripción electoral para Florida

Parte 1 - Instrucciones

Para inscribirse para votar en Florida, debe ser: Ser ciudadano de los Estados Unidos (EE UU); ser residente de Florida; tener por los menos 18 años (puede inscribirse antes a los 16 o 17 años pero no podrá votar hasta que tiene 18 años).

Si ha sido condenado por un delito mayor o si ha sido declarado (por un tribunal) mentalmente incapacitado para votar, a menos, tiene que reestablecer su derecho de votar antes de inscribirse.

Si no cumple ninguno de estos requisitos, usted no es elegible para inscribirse.

Donde inscribirse: Puede inscribirse a votar en persona o entregar su solicitud por correo o en mano a una oficina de cualquier supervisor electoral, oficina para obtener licencia de conducir, agencia de inscripción de votantes (como una oficina de ayuda pública, oficina de ayuda para personas discapacitadas, la biblioteca pública, o oficina de asistencia electoral para militares) o La División de Elecciones. *Si envía la solicitud por correo, añadir franqueo suficiente.*

Fecha límite para inscribirse: La fecha límite para inscribirse es 29 días antes de la elección en que quiere votar. Puede actualizar su inscripción en cualquier momento, pero si quiere cambiar su partido por la elección primaria, lo tiene que hacer por la fecha límite para inscribirse. Por una nueva solicitud, se notificarán si está incompleta o denegada o si duplica su inscripción actual. Si es una nueva solicitud y cumple con los requisitos para votar, le enviarán una tarjeta de información del votante que indicará que está inscrito.

Requisitos de identificación: Para inscribirse por la primera vez, deberá presentar su número de licencia de conducir de Florida o de identificación de la Florida. Si no tiene ningunos de estos dos, deberá presentar las últimas cuatro cifras de su número del Seguro Social. Si acaso no ha recibido ninguno de estos números, usted deberá escribir la palabra "Ninguno." Si no presenta ningún número o no escribe "Ninguno," puede resultar en que no aceptan su inscripción. Refiere s.303, HAVA y section 97.053(6), Fla. Stat.

Requisitos especiales de identificación: Si usted va inscribirse por correo, y nunca ha votado en Florida, y no ha recibido ninguno de los números de identificación susodicho, usted deberá presentar con este solicitud o a cualquier tiempo antes de votar, una copia de uno de los siguientes formas de identificación (ID):

- Un ID que muestra su nombre y foto (*acceptable IDs*)—Pasaporte de los Estados Unidos, tarjeta de debito/credito, ID de militar, ID de estudiante, ID de centro de jubilación, ID de asociaciones de vecinos or ID de ayuda pública; o
- Un ID que muestra su nombre y domicilio actual de residencia (documentos acceptable)— factura de servicios públicos, estado de cuenta bancario, cheque del gobierno, cheque de pago, o otro documento emitido por el gobierno.

Excepciones: Si usted cumple con uno de los siguientes, no tiene que presentar un documento de ID para inscribirse: Tiene por los menos 65 años, es una persona con un discapacidad física transitorio o permanente, es miembro activo de las fuerzas armada o de la marina mercante que, por estar en servicio (o la familia de tal miembro activo), no se encuentra en el condado, o es persona que actualmente reside fuera de los EE UU pero es elegible para votar.

Su afiliación a partidos: Florida es un estado de primaria cerrada. Eso quiere decir que si quiere votar en una elección primaria para candidatos de partidos, usted deberá estar inscrito en el partido para el cual se realice la elección primaria. Sin obstante, todos los votantes inscritos pueden votar en la elección primaria sobre distintas cuestiones, candidatos no partidista y por candidatos que no tendrán oposición en elecciones generales.

Marca el partido política (sea de la mayoría o menor) con que quiere ser inscrito. Si no marca nada or escribe "ninguno", se registrarán sin partido. Para obtener una lista corriente de todos los partidos de la Florida, dirijase en apartado "Por Los Votantes" a la página de Internet de la División de Elecciones a: <http://election.dos.state.fl.us>.

Raza o grupo étnico: Aunque no es obligatorio de escribir su raza o grupo étnico, la información es para administrar la Ley Federal de Derechos del Votante. En caso afirmativo, escriba la opción que mejor describa su raza o grupo étnico de la lista. Indígena norteamericano o nativo de Alaska, Asiático o isleño del Pacífico, Negro (no de origen Hispano), Hispano, Multirracial, Blanco (no de origen Hispano), o Otro.

Aviso sobre documento público: Una vez entregada, esta solicitud pertenece a domino público menos la información siguiente que será usado solamente para inscribirse a votar y no es público: su número de licencia de conducir de Florida, su número de tarjeta de identificación de la Florida, y su número de seguro social, la oficina en la cual usted se haya inscrito o en la cual haya decidido de no inscribirse. Aunque se pueden ver su firma, su firma no puede ser copiada. (Section 97.0585, Fla. Stat.)

Aviso de delito mayor: Si usted entrega información falso, usted podrá ser condenado por delito mayor de tercer grado y obligado a pagar una multa de hasta \$5,000 y/o será encarcelado por hasta cinco años.

Preguntas: Para más información, llama su supervisor electoral de su condado o referirse al página web: <http://election.dos.state.fl.us>.

Inscripción electoral para Florida

Parte 2 - Formulario nacional de inscripción

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Este espacio sólo para uso de la oficina. (This space is for office use only.)	
¿Habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó "No" a alguna de estas preguntas, no llene el formulario. (Vea también las instrucciones específicas de su estado sobre la posibilidad de inscribirse antes de los 18 años de edad).			
1	(marque uno con un círculo) Apellido	Primer nombre	Segundo nombre (marque uno con un círculo)
2	Dirección donde vive	No. de depto. o lote	Ciudad/Localidad Estado Código postal
3	Dirección donde recibe su correo, si es diferente a la de más arriba		Ciudad/Localidad Estado Código postal
4	Fecha de nacimiento	5	Número de teléfono (optativo)
Mes Día Año			
7	Selección de partido político (Vea el número 7 en las instrucciones de su estado)	6	Número de identificación (Vea el número 6 en las Instrucciones de su estado)
8	Raza o grupo étnico (Vea el número 8 en las instrucciones de su estado)		
9	Leí las instrucciones de mi estado y juro/afirmo que: <ul style="list-style-type: none"> ■ Soy ciudadano de Estados Unidos. ■ Cumpló con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido. ■ La información que proporcioné es verdadera según mis mejores conocimientos, bajo pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, se me puede multar, encarcelar o (si no soy ciudadano de EE UU), deportar de o denegar entrada a Estados Unidos. 		
			Firme su nombre completo (o ponga su marca) ▲ Fecha: Mes / Día / Año

Si esta solicitud es para un cambio de nombre, ¿cómo se llamaba antes de cambiar de nombre?

A	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	(marque uno con un círculo)
B	Calle (o número de ruta y casilla)	No. de depto. o lote	Ciudad/Localidad/Condado	Estado Código postal

Si vive en una zona rural, pero no tiene un número de calle, o si no tiene dirección, muestre en el mapa dónde vive.

<ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive. ■ Ponga una X para mostrar el lugar en que vive. ■ Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia. 		NORTE ↑
C	Ejemplo: Escuela pública ● Tienda de abarrotes ● Woodchuck Road Ruta No. 2 X	

Si el solicitante no puede firmar, ¿quién ayudó al solicitante a llenar esta solicitud? Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono. (El número de teléfono es optativo).

D	
---	--