

**Uso exclusivo de la oficina:**

Fecha y hora del primer contacto \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la intervención \_\_\_\_\_

## Formulario de información personal

**SÍRVASE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES EN LETRA DE MOLDE CLARA** (Esta información es confidencial y no se compartirá fuera de esta agencia)

**IMPORTANTE - SÍRVASE COMPLETAR: Marque todo lo que corresponda**

**Rutina:**

¿Está aquí para comenzar un tratamiento de salud mental?

¿Está aquí para comenzar un tratamiento relacionado con el consumo de sustancias?

Otros: \_\_\_\_\_

**Urgente:**

¿Siente que no puede mantenerse seguro por más de 48 horas?

¿Está embarazada?

¿Es consumidor de drogas intravenosas?

**Crisis:**

¿Siente que es un peligro para usted mismo en este momento?

¿Siente que es un peligro para otras personas en este momento?

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Pronombres preferidos: él/su ella/su ellos/sus

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ PRIMER SEGUNDO APELLIDO

Apellido al nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_ N° del seguro social (SSN): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Domicilio físico: \_\_\_\_\_

Domicilio para recibir correo (si es distinto del anterior): \_\_\_\_\_

¿Medio de contacto preferido? (marque todo lo que corresponda)  Teléfono  Mensaje de texto  Correo electrónico

Teléfono principal: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿PODEMOS llamar a estos números y dejar un mensaje de voz?  Sí  No

¿De qué temas podemos hablar al comunicarnos con usted? (marque todo lo que corresponda)  Citas

Información de atención médica

Condiciones de vivienda:  Sin hogar  Residencia privada  Otros

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

**Raza/etnia:**

Nativo americano/nativo de Alaska  Asiático

Negro/afroamericano  Caucásico

Nativo hawaiano/otras islas del Pacífico

Hispano/latino  Otra raza

**Estado civil:**

Nunca casado  Viudo

Casado  Separado

Divorciado  Pareja de doméstica

**Condición de militar:**

Veterano y actual/ex militar en servicio activo

Veterano y actual/ex guardia/reserva

No veterano, sino actual/ex guardia/reserva

No veterano

**Condición de empleo:**

Tiempo completo  Medio tiempo (17-34 horas)

Estudiante  Retirado

Discapacitado  Desempleado

Tareas domésticas  Trabajo irregular

**SOLO PARA CLIENTES DE PRINEVILLE**

Si está desempleado, ¿le interesa trabajar?  Sí  No  
¿Desea recibir más información sobre Empleo asistido?  Sí  No

¿Qué lo motivó a buscar atención en este momento (problemas con el alcohol/las drogas? problemas de salud mental)? \_\_\_\_\_

¿Nació en Estados Unidos?  Sí  No Si respondió No, ¿en qué país nació? \_\_\_\_\_

Lengua materna: \_\_\_\_\_ Preferencia religiosa: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual familiar bruto aproximado (incluye Asistencia temporal para familias necesitadas o TANF, por sus siglas en inglés): \$ \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos:  Salario  Asistencia social  Discapacidad  Retiro  Pensión  Seguro social (SSI)  Otros

Total de personas del hogar: \_\_\_\_\_ Total de hijos dependientes en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Esta visita responde a una Orden judicial?  Sí  No

¿Lo remitieron a nosotros de otra agencia?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Es miembro de alguna tribu?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Educación: ¿Nivel más alto de educación completo? \_\_\_\_\_ ¿Está asistiendo a la escuela?  Sí  No

(Si es mayor de 18 años) ¿Está registrado para votar?  Sí  No (En caso negativo, y si desea asistencia para inscribirse, sírvase avisar en la oficina de la entrada para recibir ayuda.)

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Cantidad de arrestos recientes (últimos 30 días): \_\_\_\_\_ Cantidad de arrestos recientes por Conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o estupefacientes, *DUII* (últimos 30 días): \_\_\_\_\_

Total de arrestos: \_\_\_\_\_ Total de arrestos por *DUII*: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conductor del estado: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales:  Intérprete  Dificultades visuales  Dificultades auditivas  Dificultades motrices  Ninguna   
Otras: \_\_\_\_\_

<p><b>Seguro principal:</b></p> <p>¿Tiene un seguro médico principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, nombre del seguro: _____</p> <p>N°/identificación de la póliza: _____</p> <p>N° de Grupo: _____</p> <p>Nombre del titular de la póliza: _____</p> <p>Domicilio del titular de la póliza: _____</p> <p>_____</p> <p>Número del seguro social (SSN) del titular de la póliza: ____ - ____ - ____</p> <p>Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____</p>	<p><b>Seguro secundario:</b></p> <p>¿Tiene un seguro médico secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, nombre del seguro: _____</p> <p>N°/identificación de la póliza: _____</p> <p>N° de Grupo: _____</p> <p>Nombre del titular de la póliza: _____</p> <p>Domicilio del titular de la póliza: _____</p> <p>_____</p> <p>Número del seguro social (SSN) del titular de la póliza: ____ - ____ - ____</p> <p>Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____</p>
--	--

**Declaración para tratamiento de salud mental:**

**Detalles:** Un formulario que puede completar y firmar para protegerse en caso de experimentar una crisis o de no ser capaz de tomar sus propias decisiones de tratamiento. **Encontrará copias disponibles para usted en el mostrador de la entrada.**

¿Actualmente tiene una Declaración de Tratamiento de salud mental (MH, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

*En caso afirmativo, sírvase traer el documento a su próxima sesión para revisarlo con su consejero.*

**En caso negativo, ¿desea información sobre cómo completar una Declaración de tratamiento de salud mental (MH)?**  Sí  No

**En caso afirmativo, ¿desea ayuda para completar una Declaración de tratamiento de salud mental (MH)?**  Sí  No

---

**Directiva anticipada:**

**Detalles:** Una declaración escrita de sus deseos relacionados con el tratamiento médico que se realiza para garantizar que esa voluntad se respete en caso de que usted no sea capaz de comunicarse con un médico.

¿Posee actualmente una Directiva anticipada?  Sí  No

*En caso afirmativo, sírvase traer el documento a su próxima sesión para revisarlo con su consejero.*

**En caso negativo, y si usted desea uno, sírvase comunicarse con su Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés).**

---

**Si la persona es un Menor o está bajo la supervisión de un Cuidador, sírvase completar lo siguiente:**

Nombre del padre/tutor legal/cuidador: \_\_\_\_\_

Domicilio del padre/tutor legal/cuidador: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/tutor legal/cuidador: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social del padre/tutor legal/cuidador: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_