

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:** _____ **Nº 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>Seguro principal:</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>Seguro secundario:</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: ____ - ____ - ____