

Por favor imprimir

* FORMULARIO DE ADMISIÓN/INFORMACIÓN TELEFÓNICA *

Por favor imprimir

PREGUNTE AL CLIENTE SI TIENE PENSAMIENTOS SUICIDAS O QUIERE LASTIMAR A ALGUIEN MÁS. Si es así, proporcione Llama a un terapeuta inmediatamente.

Gestión de clientes:

☐ Nueva Admisión

☐ Actualizar

Fecha de actualización:

Nombre:

Doncella:

Alias:

Sexo:

MF

☐

☐

Fecha de nacimiento:

Edad:

Fecha de admisión:

Ubicación:

Tipo de Admisión:

☐ Primer Almirante

☐ Re-Adm

Médico asignado:

Número de Seguro Social

ID del cliente:

Motivo del contacto:

Disposición:

Custodia:

☐ Padre

☐ Miembro de la familia que no sea el padre

☐ Estado

☐ Ninguna

Fecha de vigencia de la custodia:

Presentación del problema n.º 1:

#2:

#3:

Acompañado por/Pariente más cercano (nombre):

Relación:

Demografía: Dirección: - Línea 1:

Dirección - Línea 2:

Código postal:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Teléfono de casa:

Teléfono del trabajo:

Idioma principal:

☐ Inglés

☐ Francés

☐ Español

☐ latín

☐ italiano

☐ japonés

☐ Chino

☐ Alemán

☐ No

☐ Lenguaje de señas americano

☐ Otro:

Nivel de comprensión del inglés:

0

1

2

3

Raza (marque todas las que correspondan):

☐ Blanco/caucásico

☐ Negro/Afroamericano

☐ Indio americano/nativo de Alaska

☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico

☐ asiático

Origen étnico:

☐ No de origen hispano

☐ puertorriqueño

☐ mexicano

☐ cubano

☐ Otros hispanos:

Lugar de nacimiento:

País natal:

Estado civil:

☐ Soltero

☐ Casado

☐ Divorciado

☐ Cohabitación

☐ Viudo

☐ Apartado

Educación/Grado completado:

Estado laboral:

Otros datos del cliente:

Arreglo de vida del cliente:

Sin hogar:

☐ Sí

☐ No

Número de personas que viven en el hogar:

Estado de veterano:

Notas (fecha/hora de la cita/otra información) (La información en esta sección no se ingresará en el sistema, es para sólo con fines informativos):

Firma de la persona que completa el formulario:

Fecha:

Revisado el 12/07

FORMULARIO DE CONJUNTO DE DATOS CLÍNICOS/INFORMACIÓN FINANCIERA

Revisado el 12/07

(Realizado por el médico en la primera cita)

Nombre: _____

Fecha de contacto inicial: _____

Tipo de cliente: ☐ Cliente 1 ☐ Cliente 2 ☐ 202A

Ubicación: _____

Ingresos mensuales del cliente: \$ _____

SSI/SSDI/TANF: Marque una opción: No - No ☐ recibe ninguno ☐ Sí - Sólo SSI ☐ Sí - Solo SSDI ☐ Sí - Tanto SSI como SSDI ☐ Sí - Sólo TANF ☐ Sí - TANF y SSDI

Fuente principal de ingresos: ☐ Salarios/Salarios ☐ Asistencia pública ☐ Jubilación/Pensión ☐ Discapacidad ☐ Otras fuentes ☐ Sin ingresos/mantenimiento

Fuente de referencia: Primaria: _____ Secundario: _____

Poblaciones especiales

Sí No

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Sí No

Participación del DSS			Autor de violación/agresión sexual/abuso sexual		
Enfermedad mental grave (SMI/CMI - adulto)			Perpetrador de abuso doméstico		
Discapacidad emocional grave (SED - niños)			Abuso de sustancias en mujeres embarazadas		
Metadona			Fecha prevista del parto en mujer embarazada:		
Usuario de drogas intravenosas			Mujer con problemas de abuso de sustancias y niños dependientes		
Codependiente (Abuso de Sustancias)			Clozapina o Clozaril		
Condena por DUI (solo si DUI)			Sordos y personas con dificultades auditivas		
Discapacidad del desarrollo (10 años o más)			Lesión cerebral adquirida o traumática		
Retraso del desarrollo (9 años o menos)			Número de lesiones en la cabeza: Número de lesiones tratadas por:		
Víctima de violación/agresión sexual/abuso sexual			Abuso de sustancias Episodio previo		
Víctima de violencia doméstica			Sin hogar		
Asistencia escolar últimos 3 meses (Ingrese el código)			Número de arrestos en los últimos 30 días		

Elegibilidad financiera:

Tarifa ajustada

Pago propio (1000): _____ Fecha de entrada en vigor: _____ Cantidad: \$ _____

DHS/Gestión de casos del DHS (2000): Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____

Seguro (3 + Índice)/Seguro secundario (5 + Índice)/Compensación laboral (11 + Índice):

Nombre del seguro: _____ Índice de seguros #: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Relación del cliente con el suscriptor: _____

Información del suscriptor: Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____ Compensación al trabajador. Fecha de la lesión: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremaflora: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Empleador

Dirección del empleador: _____

Grupo #: _____ Política #: _____

SCL: (4000): _____ Fecha de entrada en vigor: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

SCL-CDO (4002): _____ Fecha de entrada en vigor: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

Trabajo de fin de carrera (4004): _____ Fecha de entrada en vigor: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

*****POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO EL PAGADOR DE MEDICAID QUE CORRESPONDA*****

Seguro de enfermedad: 6100 6200 6300 Fecha de entrada en vigor: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

Medicaid de SA : 7100 7200 7300 Fecha de vigencia: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

TODOS (8000): _____ TODOS #: 13- _____

Medicare (9000): _____ Número de Medicare: _____

Subvenciones (10 + Índice): Índice #: _____

Contrato (12 + Índice): Índice #: _____ Política #: _____

MA Case Mngt Child: 13100 13200 13300 Fecha de entrada en vigor: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

MA Case Mngt Adulto : 14100 14200 14300 Fecha de entrada en vigor: _____ IDENTIFICACIÓN #: _____

Firma de la persona que completa el formulario: _____

Fecha: _____