

### Consent to Participate in Telehealth Services

Yo, \_\_\_\_\_, he aceptado recibir servicios de salud conductual a través del sistema de telesalud. Entiendo que el uso del equipo de videoconferencia es un método para proporcionar atención médica en el que los servicios que se brindan a la persona los presta un proveedor ubicado en un lugar distinto de aquel donde se encuentra la persona. Entiendo que, no se conocen riesgos involucrados con el hecho de que reciba mi atención de esta manera.

Entiendo que no hay cargos ni cobros adicionales por los servicios clínicos que recibiré mientras haga uso del sistema de telesalud. Entiendo que se me mostrará el equipo y veré cómo funciona antes de recibir servicio alguno. Entiendo que mi participación en la telesalud es voluntaria y puedo negarme a participar o decidir suspender mi participación en cualquier momento.

Entiendo que mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas. Entiendo también que la comunicación a través del sistema de telesalud se realiza a través de líneas seguras de telecomunicaciones específicas para estos fines. Entiendo que la probabilidad de que una videoconferencia sea interceptada por una persona ajena es similar a la de la posible interceptación de una llamada telefónica. Entiendo que no se hará grabación alguna del audio y video de los servicios.

He leído este documento y, por este medio, otorgo mi consentimiento para participar en la recepción de servicios de salud conductual a través del sistema de telesalud conforme a los términos antes descritos. Entiendo que este documento se volverá parte de mi historia clínica.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el cliente tiene 12 años de edad o menos, o se ha determinado que no tiene competencia para dar consentimiento médico, llene los campos siguientes:

\_\_\_\_\_  
Padre, madre, tutor o  
Autorizado por el Tribunal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Núm. de ID  
del cliente \_\_\_\_\_

## Financial Agreement

Ingreso mensual bruto: Click here      Número de dependientes: Click here      % de tarifa unitaria: Click here

**PAGO POR CUENTA PROPIA**       **SEGURO**

### SEGURO PRIMARIO

### SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la aseguradora:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Dirección de la aseguradora:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Teléfono de la aseguradora:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Nombre del asegurado/Parentesco con este:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Fecha de nacimiento del asegurado:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Número de seguridad social del asegurado:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Nombre/Número del grupo:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>
Empleador:	<u>Click here to enter text.</u>	<u>Click here to enter text.</u>

Entiendo que COMPREHENSIVE HEALTHCARE cobrará a mi aseguradora la tarifa completa. Asimismo, me haré responsable de cualquier monto adeudado por la aseguradora, que puede ser desde el copago hasta el porcentaje de la tarifa unitaria.

**MEDICAID: DEBE PRESENTARSE UNA TARJETA DE SERVICIO DE MEDICARE POR TODOS LOS MESES DE SERVICIO**

Me haré responsable de cubrir la tarifa completa por cada servicio que se preste sin cupón.

Provider One número de identificación: Click here to enter text.  
PROGRAMA: Click here to enter text.

**MEDICARE** **Autorización de por vida para Medicare**  
HIC: Click here to enter text.      Periodo de autorización del Click Here al Click here \*  
**\* o hasta que se anule. Permiso que una copia de esta autorización se utilice en lugar del "original".**

**SE ESPERA QUE TANTO LOS CLIENTES QUE PAGARÁN POR SU CUENTA COMO LOS QUE LO HARÁN MEDIANTE UNA ASEGURADORA REALICEN EL PAGO AL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO**

El presente documento no me obliga a recibir servicios. Si es el caso, entiendo que este se considerará como un contrato una vez que lo firme. Si no se cumplen los términos, es posible que los servicios se suspendan o se den por terminados y que mi cuenta se remita a una agencia de cobranza. Asimismo, acuso recibo de la lista actual de servicios con las respectivas tarifas, las cuales entiendo que pueden cambiar durante el tratamiento. Dicho cambio se notificará con antelación. Mi firma a continuación indica que recibí una copia de la política financiera de COMPREHENSIVE HEALTHCARE.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNAR BENEFICIOS**

Por el presente, autorizo el pago de beneficios directamente a COMPREHENSIVE HEALTHCARE por los servicios brindados. Asimismo, autorizo a COMPREHENSIVE HEALTHCARE a divulgar información a mi nombre para facilitar el pago de terceros por el servicio que recibí. Entiendo que soy responsable de todos los cobros no cubiertos en esta asignación.

Click here to enter text.      **X** Click here to enter text.      Click here  
Comprehensive Healthcare - Firma del representante      Firma de la parte responsable/aval      Fecha

Clinic Routing      Nombre: Click here to enter text.  
\*Nombre y dirección de la parte responsable en letra de molde  
Original: Accounts Receivable      Dirección: Click here to enter text.  
Yellow: Client      Ciudad: Click here to enter text.      Estado: Click here      Código postal: Click here

<p style="text-align: center;"><b>Comprehensive Healthcare</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mental Health    <input type="checkbox"/> Chemical Dependency</p> <p><input type="checkbox"/> Evaluation &amp; Treatment</p> <p><b>CMH-500 (5/18/20)</b></p>	Client Name: <u>Click here to enter text.</u>
	Client ID Number: <u>Click here to enter text.</u>
	Date of Birth: <u>Click here to enter text.</u>



**Autorización para recibir tratamiento**

Por medio de la presente, doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_,  
(Escribir nombre en letra de imprenta)

reciba los servicios de salud mental que ofrece Comprehensive Healthcare. Entiendo que el consentimiento informado constituye un proceso continuo.

Me han informado de los riesgos, ventajas y posibles efectos secundarios de la evaluación realizada para considerar la necesidad de recibir atención. Entiendo que la evaluación no nos obliga ni a Comprehensive Healthcare ni a mí a continuar con el tratamiento.

Durante el tratamiento, recibiré información sobre:

- Mi condición
- Posibles beneficios
- Tratamientos/Medicamentos
- Intervenciones que se proponen
- Riesgos y efectos secundarios de las intervenciones que se proponen y de los medicamentos
- Problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de tener éxito

Acepto voluntariamente ser evaluado y/o tratado y seguir las recomendaciones de tratamiento que reciba en Comprehensive Healthcare. En caso de que Comprehensive Healthcare me proporcione tratamiento por desorden to use de sustancias, acepto someterme de forma voluntaria a un análisis de orina cuando ingrese al programa y todas las veces que sea necesario mientras dure el tratamiento. Entiendo que no estoy obligado a participar en ninguna actividad ni a autorizar ninguna actividad que vaya en contra de mis creencias religiosas o étnicas.

Asimismo, entiendo que existe la posibilidad de que información de-identificada durante el proceso de tratamiento será coleccionada y proveída a identidades estatales y federales para requisitos de una subvención o propósitos estadísticos. Aquiescencia con las leyes y regulaciones federales, legislación del estado de Washington, y HIPAA la información mencionada será protegida y se mantendrá confidencial. Entiendo que podrá recibir servicios aunque no participe o complete datos que sean componentes de la colección de información de-identificada.

Me han notificado que, en caso de sospecha de abuso o abandono de menores, o de cualquier otra forma de abuso, Comprehensive Healthcare tiene la obligación de informarlo al Department of Children, Youth, and Families (Departamento de Niños, Jóvenes y Familias).

Asimismo, entiendo que puedo rechazar cualquier servicio propuesto o negarme a participar en cualquier aspecto de la evaluación o del tratamiento en cualquier momento, en la medida en que lo permita la ley.

**Reconocimiento de los derechos del paciente**

Me han entregado una copia del formulario de derechos del paciente de Comprehensive Healthcare.

**Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad**

Me han entregado una copia del aviso de prácticas de privacidad de Comprehensive Healthcare, en el cual se explica cómo se utiliza y se comparte mi información de salud.

<b>Comprehensive Healthcare</b> <input type="checkbox"/> Yakima <input type="checkbox"/> Ellensburg <input type="checkbox"/> Sunnyside <input type="checkbox"/> Goldendale <input type="checkbox"/> White Salmon <input type="checkbox"/> Pasco <input type="checkbox"/> Walla Walla  <b>CMH-538 Consent for Treatment (2/19/2020)</b>	Client Name:
	Client ID Number:
	Date of Birth:

**Confirmación del documento de instrucciones previas sobre la salud mental**

**(Para personas adultas solamente: de 18 años en adelante)**

Al firmar al pie, confirmo que:

Me han explicado en qué consiste el programa de instrucciones previas Advance Directive Program que ofrece el estado de Washington.

Comprendo la información que me proporcionaron y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el programa de instrucciones previas Advance Directive Program.

**He decidido:**

Completar la documentación que me proporcionaron sobre el programa de instrucciones previas Advance Directive Program (es mi responsabilidad completar y presentar dicha documentación).

No completar la documentación en este momento, aunque es posible que lo haga más adelante.

**Documentación**

Tengo que proporcionar una copia de los siguientes documentos (si los tuviera): documento de instrucciones médicas previas, poder notarial permanente para asuntos médicos, certificados de tutela, plan de crianza y orden judicial que establezca la custodia u orden que establezca una alternativa menos restrictiva. También tengo que entregar revelaciones firmadas por tratamientos que haya recibido en el pasado.

**Reglas del programa**

- Para participar en Comprehensive Healthcare es necesario cumplir con las siguientes reglas y lineamientos.
- Todos los pacientes deberán respetar la privacidad y confidencialidad de cualquier persona que participe en las actividades de Comprehensive Healthcare.
- Ningún paciente deberá cometer actos de violencia ni amenazar con cometer actos de violencia contra el personal u otros pacientes y/o contra sus pertenencias.
- Todos los pacientes deberán abstenerse de poseer, usar o traficar cualquier químico o sustancia psicoactivos.
- Todos los pacientes deberán eximir a Comprehensive Healthcare de responsabilidades que surjan de la pérdida de sus pertenencias o cualquier daño a ellas.
- Todos los pacientes entienden que la violación a cualquiera de estas reglas puede provocar que los expulsen del programa.

Al firmar este documento, confirmo que he leído y recibido los Derechos del Cliente y las Reglas del Programa, y que acepto recibir el tratamiento. Asimismo, confirmo haber recibido el aviso de las Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Paciente (si tiene 13 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Tutor legal/Poder notarial (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Información del Cliente**  
(Favor de llenar la información siguiente)

**Información del Cliente:**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

**Nombre preferido si es diferente al anterior:** \_\_\_\_\_

**Género:**  Femenino  Masculino  Transgénico  
 Identidad Propio: \_\_\_\_\_

**Dirección del cliente:** \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia Ciudad Estado Código postal

**Número de teléfono de su casa:** \_\_\_\_\_

**Seguro Social #** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lugar de Empleo:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono del Empleo:** \_\_\_\_\_

**Información de Emergencia/Información de familiar más cercano:**

**Nombre de persona de contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Parentesco con el cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia Ciudad Estado Código postal

**Nombre de familiar:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Parentesco del familiar con el cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia Ciudad Estado Código postal

**Clase de referencia: (favor de marcar uno)**

Yo mismo/a o familia

Referido por:

Organización/agencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

<b>Comprehensive Healthcare</b>  CMH-578 (5/6/20)	Client Name: <a href="#">Click here to enter text.</a>
	Client ID Number: <a href="#">Click here to enter text.</a>
	Date of Birth: <a href="#">Click here to enter text.</a>



II. SALUD CONDUCTUAL	
En la actualidad, ¿visita a algún consejero, terapeuta u otro proveedor de tratamiento de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si respondió que <b>sí</b> , ¿dónde?: _____
¿Alguna vez visitó a algún consejero, terapeuta u otro proveedor de tratamiento de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si respondió que <b>sí</b> , ¿dónde?: _____
¿Alguna vez se internó para recibir servicios de tratamiento de salud mental o por consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que <b>sí</b> , ¿dónde y cuándo?: _____ _____
¿Alguna vez recibió tratamiento por juego compulsivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que <b>sí</b> , ¿dónde y cuándo?: _____ _____

III. SERVICIO MILITAR ACTUAL O PREVIO	
¿Qué sector?: _____	¿Cuándo?: _____
En caso de alta, ¿qué tipo y en qué fecha?: _____	

IV. NIVEL DE EDUCACIÓN	
¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó?	
<input type="checkbox"/> Nivel secundario incompleto <input type="checkbox"/> Nivel secundario completo o diploma de GED <input type="checkbox"/> Nivel universitario incompleto <input type="checkbox"/> Tecnicatura <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	
En la actualidad, ¿está inscrito en algún programa educativo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que <b>no</b> , ¿le interesa inscribirse en algún programa educativo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para niños y adolescentes:      Nombre de la escuela actual: _____	Grado: _____
<input type="checkbox"/> No asiste por el momento	

V. ESTADO VOCACIONAL	
¿Actualmente trabaja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Le interesa obtener una derivación para una evaluación o apoyo vocacional, ocupacional o de búsqueda de empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Comprehensive Healthcare</b>  CMH-603 Client Questionnaire (4/9/2020)	<b>Client Name:</b> _____
	<b>Client ID #:</b> _____
	Página 2

**VI. LEGAL**

En la actualidad, ¿se encuentra en un ambiente menos restrictivo (*less restrictive alternative, LRA*) (orden judicial para tratamiento de salud mental)?  Sí  No

¿Alguna persona tiene un poder notarial o una tutela designados para usted?  Sí  No

Enumere cualquier implicación jurídica actual o pendiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En la actualidad, ¿se encuentra bajo una orden judicial civil o penal para tratamiento de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias?  Sí  No

En la actualidad, ¿se encuentra bajo libertad provisional o supervisión comunitaria?  Sí  No

Si se encuentra bajo supervisión comunitaria del Departamento de Correcciones del Estado de Washington, ¿cuál es el nombre y el número de teléfono de su oficial de correcciones comunitarias (*Community Corrections Officer, CCO*)?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**VII. IDENTIFICACIÓN CULTURAL Y ESPIRITUAL**

¿Cuál es la mejor manera de describir su identidad cultural o étnica?

\_\_\_\_\_

¿Con qué trasfondo o tradiciones religiosas o espirituales se identifica más?

\_\_\_\_\_

¿De qué manera pueden incorporarse de mejor manera su identidad cultural, sus creencias espirituales o sus prácticas tradicionales a sus servicios de tratamiento?

\_\_\_\_\_

**VIII. FIRMAS**

Ciente o representante legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Especialista que hace el ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Valoración global de necesidades individuales-Detección corta  
(Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener, GAIN-SS)**

Las siguientes preguntas son sobre problemas psicológicos, conductuales o personales frecuentes. Estos problemas se consideran **importantes** cuando los experimenta durante dos o más semanas, cuando son recurrentes, cuando le impiden cumplir con sus responsabilidades o cuando le hacen sentir que ya no puede seguir adelante. Responda **Sí** o **No** a las siguientes preguntas.

**Conductas de internalización de salud mental (IDScr 1)**

**Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo problemas importantes con algo de lo siguiente?**

- |  |   |
|--|---|
| a. Sentirse atrapado, solo, triste, decaído, deprimido o desesperanzado sobre el futuro                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Problemas para dormir, como por ejemplo, pesadillas, sueño agitado o quedarse dormido durante el día              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, en estado de pánico o con la sensación de que ocurrirá algo malo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d. Sentirse muy molesto o angustiado cuando un evento le recordó una situación pasada                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e. Pensamientos sobre terminar con su vida o suicidarse  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Puntaje de la subescala IBS (0 a 5)** \_\_\_\_\_

**Conductas de externalización de salud mental (EDScr 2)**

**Durante los últimos 12 meses, ¿hizo algo de lo siguiente dos o más veces?**

- |   |   |
|---|---|
| a. Mentir o engañar para obtener lo que deseaba o para evitar cumplir con alguna obligación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Tener dificultades para prestar atención en clases, el trabajo o el hogar                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Tener dificultades para escuchar instrucciones en clases, el trabajo el hogar            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d. Comportarse como un hostigador o amenazar a otras personas                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e. Comenzar peleas con otras personas   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Puntaje de la subescala EBS (0 a 5)** \_\_\_\_\_

**Evaluación de abuso de sustancias (SDScr 3)**

**Durante los últimos 12 meses, ¿hizo algo de lo siguiente?**

- |   |   |
|---|---|
| a. Consumir alcohol o drogas con frecuencia semanal   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Pasar mucho tiempo consiguiendo alcohol o drogas, consumiendo alcohol o drogas o estando bajo los efectos del alcohol o las drogas (drogado o con resaca)  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c. Seguir consumiendo alcohol o drogas a pesar de que esto le causara problemas sociales, generara peleas o lo metiera en problemas con otras personas  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d. Abandonar, reducir o tener problemas en actividades importantes en clases, el trabajo, el hogar o eventos sociales a causa del consumo de alcohol o drogas   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e. Tener síntomas de abstinencia de alcohol o drogas, como manos temblorosas, vómitos, problemas para dormir o mantenerse quieto, o consumir alcohol o drogas para dejar de sentirse mal o evitar los síntomas de abstinencia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Puntaje de la subescala SDS (0 a 5)** \_\_\_\_\_

Esta herramienta de evaluación está prevista para la autoadministración; sin embargo, puede ser administrada por personal de la agencia si sus políticas o procedimientos la consideran valiosa. Si el cliente ingresa con una evaluación de GAIN-SS completada por la agencia que lo derivó, la agencia que lo recibe se reserva el derecho de realizar una nueva GAIN-SS para garantizar que la evaluación se haya realizado de manera aceptable.

**PARA USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE:**

**GAIN-SS QUADRANT PLACEMENT**

- No quadrant placement
- Quadrant I: **Low/Low:** Less severe mental disorder, low substance disorder
- Quadrant II: **High/Low:** More severe mental disorder and less severe substance disorder
- Quadrant III: **Low/High:** Less severe mental disorder and more severe substance disorder
- Quadrant IV: **High/High:** Both a more severe mental disorder and severe substance disorder

**Comprehensive Healthcare**

CMH-603 Client Questionnaire (4/9/2020)

**Client Name:**

**Client ID #:**

### Trauma Screen

A continuación se muestra una lista de eventos o situaciones traumáticas. Por favor marque SI, en caso de que haya experimentado o presenciado los siguientes eventos, o marque NO si no ha tenido tales experiencias.

1. Accidente, incendio o explosión de gravedad .....  Si  No
2. Desastre natural (tornado, inundación, huracán, terremoto) .....  Si  No
3. Ataque no sexual por parte alguien a quien conoce (agresiones físicas / lesiones) .....  Si  No
4. Ataque no sexual por parte de un desconocido .....  Si  No
5. Ataque sexual por parte de un miembro de la familia o de alguien a quien conoce .....  Si  No
6. Ataque sexual por parte de un desconocido .....  Si  No
7. Combate militar o en una zona de guerra .....  Si  No
8. Contacto sexual antes de cumplir los 18 años con alguien 5 años mayor o más que usted .....  Si  No
9. Prisión .....  Si  No
10. Tortura .....  Si  No
11. Enfermedad con amenaza de muerte .....  Si  No
12. Otro evento traumático: .....  Si  No
13. De las preguntas a las que respondió que Si, ¿cuál fue el peor de los casos?  
(Por favor escriba el N° de pregunta) ..... \_\_\_\_\_
14. ¿Cuál de las anteriores situaciones ha sido la razón por la cual actualmente usted está  
buscando tratamiento? (Por favor escriba el N° de pregunta) ..... \_\_\_\_\_

Por favor marque SI o NO en relación con el evento que figura en la pregunta 14:

- ¿Fue herido físicamente?  Si  No
- ¿Alguna otra persona sufrió lesiones físicas?  Si  No
- ¿Piensa que su vida estaba en peligro?  Si  No
- ¿Piensa que la vida de otra persona estaba en peligro?  Si  No
- ¿Se sintió desamparado?  Si  No
- ¿Se sintió aterrado?  Si  No

*(Si el cliente responde afirmativamente cualquiera de las preguntas, por favor haga que complete el formulario CMH-759A PCL-5).*

<b>Comprehensive Healthcare</b>  CMH-759B SP (4/21/2020)	Nombre del cliente:
	ID de cliente:
	Fecha de nacimiento:

## Información personal

Por favor seleccione una opción de cada una de las secciones subrayadas (a menos que sea indicado de manera diferente)

### IDIOMA PRINCIPAL:

Inglés     Español     Lenguaje de Señas Americano     Otro (Especificar): \_\_\_\_\_

### ESTATUS DE TABAQUISMO:

Actualmente Fuma     Fumaba Antes     Nunca Ha Fumado

### SERVICIO MILITAR:

Sí     No

### NIVEL EDUCATIVO:

Desconocido     Sin Escuela Formal     Preescolar     Jardín de Niños     Sí     No  
 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10     11     12  
**Grado**  
 Certificado de Preparatoria o GED     Escuela Vocacional

### ASISTENCIA A LA ESCUELA: (Últimos 3 meses)

### Colegio Profesional / Universidad

Estudiante de Primer Año     Estudiante de Segundo Año o Título Técnico     Estudiante de Tercer Año     Estudiante de Cuarto Año  
 Licenciatura     Graduado(a) / Escuela Profesional

### EMPLEO:

Tiempo Completo (más de 35 hrs/semana)     Desempleado(a) (activamente buscando)     Jubilado     Otra Clasificación (ej. Voluntarios)  
 Medio Tiempo (menos de 35 hrs/semana)     Ama de Casa     Discapacitado(a)     Tutelado/Empleo no competitivo  
 Empleado(a) (MT/TC se desconoce)     Estudiante     Desconocido     No aplica

### ORIENTACIÓN SEXUAL: (Dejarlo en blanco si es menor de 13 años)

Heterosexual     Gay o Lesbiana     Bisexual     Prefiere No Revelar     Confundido(a)

### ESTADO CIVIL:

Soltero(a) / Nunca Ha Estado Casado     Divorciado(a)     Casado(a) / En Una Relación Seria  
 Separado(a)     Viudo(a)     Se Desconoce

### RAZA(S): (Puede elegir hasta 3 opciones)

Indio Americano / Nativo de Alaska     Chino     Laosiano     Otro Isleño del Pacífico     Otro  
 Indoasiático     Filipino     Del Medio Oriente     Nativo Hawaiano  
 Negro / Afroamericano     Nativo de Guam / Chamorro     Coreano     Blanco  
 Camboyano     Japonés     Otro Asiático

### ESPAÑOL/DE ORIGEN HISPANO:

Sí, Mexicano     Sí, Puertorriqueño     Sí, De Origen Desconocido     Sí, Otro Origen Hispano Específico  
 No, No de Origen Hispano     Sí, Cubano     Se Desconoce

### SITUACIÓN DE VIVIENDA:

Residencia Independiente (Adulto)     Residencia Privada (Adulto)     Sin Hogar     Cárcel / Institución Correccional  
 Residencia Dependiente (Adulto)     Residencia Privada (Menor)     Residencia para Personas en Crisis     Otra Residencia Status  
 Cuidado Residencial     Hogar Temporal/Cuidado Temporal     Entorno Institucional     Se Desconoce

**Residencia Independiente (Adulto):** Esta Categoría describe a los clientes adultos que viven de forma independiente en una residencia privada y son capaces de cuidar de sí mismos. Esto incluye a clientes que viven de forma independiente con apoyo de manejo de caso o con servicios de apoyo de vivienda. Esta categoría también incluye a clientes que son altamente independientes y eligen vivir con otros por razones no relacionadas con enfermedad mental. Pueden vivir con amigos, cónyuge, u otros miembros de la familia. Las razones por las cuales se comparte la vivienda pueden incluir la elección personal relacionada con la cultura y/o consideraciones financieras. **Residencia Dependiente (Adulto):** Esta categoría describe a clientes adultos que viven en una casa, apartamento, u otras residencias similares y dependen demasiado de otros para la asistencia de cuidados diarios. **Cuidado Residencial:** El individuo reside en una institución de cuidado residencial. Este nivel de cuidado puede incluir un hogar de grupo, un hogar de grupo terapéutico, alojamiento y cuidado, tratamiento residencial, centro de rehabilitación, o instituciones de cuidado residencial operadas por agencias. **Residencia Privada (Adulto):** Esta categoría refleja la situación de vivienda de clientes adultos cuando se desconoce si su estatus es "independiente"/"dependiente". De otra manera use "vive de forma independiente"/"vive de forma dependiente" según sea apropiado. **Residencia Privada (Menor):** use este código para todos los menores que viven en una residencia privada sin importar de la situación. **Hogar Temporal/Cuidado Temporal:** El individuo reside en un hogar temporal. Un hogar temporal es un hogar que está acreditado por un departamento municipal o estatal para proveer hogar temporal a niños, adolescentes, y/o adultos. Esto incluye instalaciones de cuidados terapéuticos temporales. Los cuidados terapéuticos temporales son un servicio que provee tratamiento para niños con problemáticas en hogares particulares de familias capacitadas. **Sin Hogar:** Sin una dirección fija; Incluye albergues para personas sin hogar. **Residencia para Personas en Crisis:** Programa residencial de estabilización de tiempo limitado (24 horas del día) que proporciona servicios para la reducción de síntomas agudos y les ayuda a recobrar a los clientes un nivel de funcionalidad previo a la crisis. **Entorno Institucional:** El individuo reside en las instalaciones de una institución de cuidados donde se le proveen cuidados las 24 horas, los 7 días de la semana. Este nivel de cuidado puede incluir enfermería calificada/instalación de cuidado intermedio, asilo, instituto de enfermedad mental (IMD, por sus siglas en inglés), hospital psiquiátrico de internamiento, instalación de salud psiquiátrica, hospital de atención para veteranos, u hospital del estado. **Cárcel/Institución Correccional:** El individuo reside en una cárcel y/o institución, centro de detención, y prisión.

### **For Agency Use Only**

#### Team & Staff Assignment:

Tx Completed     Dropout/Left Against Advice     Terminated     Transferred     Incarcerated

#### Discharge:

Death     Suicide     Lost Contact     Other     Unknown

**Clinician Name:** \_\_\_\_\_

**Patient ID:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_