

**FAVOR DO COMPLETA**

**Información del cliente**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apellido:	Nombre:
Dirección:	Teléfono principal:
Dirección:	Teléfono secundario:
Ciudad:	Condado
Estado/Código postal:	Seguridad social:
Fecha de nacimiento	Gènero (círculo): M F Otro:
*Cuando sea posible, prefiero ser contactado a través de: <input type="radio"/> Teléfono principal <input type="radio"/> Teléfono secundario	
<input type="radio"/> Mensaje de texto <input type="radio"/> Correo electrónico	
*Opción de recordatorio de cita: <input type="radio"/> Teléfono principal <input type="radio"/> Teléfono secundario	
<input type="radio"/> Mensaje de texto <input type="radio"/> Correo electrónico	
Correo Electrónico:	
Fuente de Referencia: <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Libertad Condicional * <input type="checkbox"/> DHS* <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Mi mismo <input type="checkbox"/> OWI/Tolerancia Cero (condado de delito_____)	
*Nombre del agente de libertad vigilada _____	
*Nombre del trabajador del DHS _____	
¿Se han visto en Prairie Ridge bajo un nombre diferente (ex: Apellido)?	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> español, hispano, Latino o mexicano <input type="checkbox"/> de Puerto Rico mexicano <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> Otro hispano o Latino <input type="checkbox"/> desconocida	
Raza: <input type="checkbox"/> caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> indio americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> desconocida	
Método de comunicación preferido <input type="radio"/> Dispositivo de comunicación <input type="radio"/> Lenguaje de señas <input type="radio"/> Verbal	

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Apellido:	Nombre:
Dirección:	Teléfono primario:
Dirección:	Teléfono secundario:
Ciudad:	Relación con usted:
Estado/Código Postal:	

Client ID: \_\_\_\_\_

***¡Bienvenido a Prairie Ridge! Gracias por tomarse el tiempo para responder a las siguientes preguntas. Si hay cualquier pregunta que usted está seguro de cómo contestar o que prefiere responder verbalmente por favor no dude en dejar en blanco. Si usted tiene alguna pregunta o si desea asistencia completar este formulario, por favor háganoslo saber y estaremos encantados de ayudarle.***

***\*Tenga en cuenta, la Ley Federal nos prohíbe server a cualquier persona que está sirviendo actualmente come un informante confidencial. Si esta afirmación se aplica a usted, por favor avise a su consejero privado para que los servicios alternativos pueden ser proporcionados.***

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido:	Nombre:
-----------	---------

1. ¿Tienes un trabajador social del DHS o usted está actualmente involucrado con el DHS?  Sí  No
2. Si es así, que sus hijos han eliminado de la casa?  Sí  No
3. ¿Hay un Niño abierta en Necesidad de caso de Asistencia (CINA)?  Sí  No
4. ¿Si es así, fue el CINA presentada dentro de los últimos seis meses?  Sí  No
5. ¿Vive usted en Cerro Gordo, Worth, Winnebago, o el condado de Hancock ?  Sí  No

### HEALTH INFORMATION

#### INFORMACIÓN DE LA SALUD

¿Cómo calificaría su salud general?  Excelente  muy buena  bueno  de Feria pobres

¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar su tratamiento o interferir con su vida diaria?  No  sí

Si "sí", Por favor especifica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alergias:

¿Participa en prácticas médicas alternativas (es decir, para el cuidado, el yoga, los aceites esenciales de quiropráctica, etc.)? \_\_\_\_\_

#### Proveedores de atención de salud actuales

Nombre del médico de atención primaria:	Nombre de la practica/instalaciones y cuidad:
---	---

Nombre del dentista:	Nombre de la practica/instalaciones y ciudad:
Nombre y especialidad de especialista:	Nombre de la practica/instalaciones y ciudad:
Nombre y especialidad de especialista:	Nombre de la practica/instalaciones y ciudad:

### Medicaciones Actuales

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Razón	Cuanto Tiempo

### Hospitalizaciones

Fecha	Razón

### Enfermedades infecciosos (diagnosticado o sospechado) y el riesgo de ETS

Enfermedad	Pasado	Corriente	Recibir tratamiento	No recibir tratamiento	No o no se aplica
Tipo de Hepatitis					
VIH o SIDA (opcional)					
Uso de drogas IV					
Tuberculosis (TB)					
Exposición de TB					
Enfermedad de transmisión sexual (ETS)					
Otros					

### Riesgo de enfermedad de transmisión sexual (ETS)

- ¿Contacto sexual sin protección de barrera?       No  Sí      ¿Compartir agujas/obras?       No  Sí
- ¿Transfusión de sangre?       No  Sí      ¿Intercambiar sexo con dinero o drogas?       No  Sí

¿/Hepatitis amarillo de la ictericia? NoSí

¿Ha estado involucrado en un asalto sexual? NoSí

### Consumo de tabaco

Usas tabaco?NoSí - por favor, especifique el tipo y la cantidad por día: \_\_\_\_

¿Desea ayuda para dejar de fumar? No sí

### EDUCACIÓN

¿Cuál es el último grado que completaste? Tienes tu GED? No sí

¿Alguna vez recibió servicios de educación especial? No si desconocida

¿Tiene dificultades de lectura y escritura? No si desconocida

¿Tienes una historia de retardo de desarrollo? No si desconocida

### EMPLEO

Empleador	Fecha de inicio estimada	Calcula la fecha de finalización	Deberes de trabajo / razón para dejar / comentarios
Corriente:			
Anterior:			
Anterior:			
Anterior:			

### FINANZAS

¿Cuáles son sus actuales fuentes de ingresos? Ingresos  familia/amigos  Pension de empleo  socio Estampillas  discapacidad beneficiarse  otros \_\_\_\_\_

¿Está en Medicaid (título 19)? No sí

¿Actualmente que necesitan alimentos, ropa y refugio? No sí

¿Tiene alguna preocupación financiera en este momento? No si no aplicable

### SITUACIÓN ACTUAL DE LA VIDA

#### Miembros de la familia

Nombre	Relación con usted	Edad

Estado civil: casado de solo de    separado  divorciado  viudo / a

¿Está satisfecho con su situación de vida actual? No sí

¿Hay problemas familiares que le gustaría haber tratado en tratamiento? No sí explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia actualmente consume alcohol o drogas?  No  Sí

¿Alguien en su hogar tiene actualmente una condición de salud mental?  No  Sí

### HISTORIA DE ABUSO, TRAUMATISMO

	Pasado	Corriente
¿Usted ha sido víctima de abuso físico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Usted ha sido víctima de abuso emocional?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Usted ha sido víctima de abuso sexual?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Usted ha sido víctima de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha experimentado un evento traumático de cualquier tipo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, Sírvase describir el evento, cuando ocurrió y su reacción:		

¿Tiene un poder notarial duradero para decisiones del cuidado médico directiva anticipada / Psiquiatría (PAD)?

No  Sí

Si usted no tiene un poder notarial duradero para decisiones del cuidado médico / instrucción anticipada de Psiquiatría (PAD), ¿le gustaría obtener más información acerca de cómo proteger uno?  No  Sí

### LEGAL

¿Se ordena este Tribunal de evaluación?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Es esta evaluación debido a un compromiso civil?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Es esta evaluación para OWI o cero tolerancia ofensa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - si sí, tenga en cuenta que el punto no acepta evaluaciones completó 10 días después de la ofensa. Si no han pasado 10 días desde su ofensa por favor háganoslo saber como puede necesita cambiarlas.
Si usted recibe un cargo relacionados con el alcohol, ¿cuál fue su nivel de alcohol en sangre en el momento de la detención?	
¿Te niegas la prueba de alcoholemia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tienes problemas legales relacionados con alcohol o drogas delitos pendientes? En caso afirmativo, especifique.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____
¿Tienes cualquier pasado cuestiones jurídicas relacionadas con delitos de alcohol o drogas? En caso afirmativo, especifique.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____
¿Ha usted alguna vez ha encarcelado? En caso afirmativo, indique el motivo de su último encarcelamiento y la longitud.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____
¿Usted actualmente esperan cargos, juicio o condena? En caso afirmativo, por favor explique.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____

**OTROS**

¿Usted se identifica con un grupo cultural determinado?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Están experimentando cualquier inquietud relacionados a su género u orientación sexual?  No  sí

¿Usted se identifica con un determinado grupo religioso o práctica espiritual?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Tiene licencia de conducir válida?  No  sí ¿tienes acceso al transporte?  No  sí

¿Quieres copias de los resultados de la evaluación enviados a cualquiera?  No  Sí – Si sí, ¿quién?

**Proyección de juegos de azar**

Durante los últimos 12 meses, ¿ha vuelto inquieto, irritable o ansioso cuando se trata de detener / reducir en los juegos de azar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de mantener a su familia o amigos de saber cuánto ha jugado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas financieros como resultado de su juego que había que conseguir ayuda con los gastos de manutención de la familia, amigos, o asistencia pública?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

**CLIENTAS SÓLO**

¿Usa anticonceptivos?  No  Sí... Si sí, qué método ¿actualmente utiliza? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  No  Sí... Si sí, ¿ha tenido alguna complicación? \_\_\_\_\_

**CLIENTAS CON NIÑOS**

¿Su familia necesita ayuda en cualquiera de las siguientes áreas?

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento para la enfermedad Mental de la familia   | <input type="checkbox"/> Presupuesto | <input type="checkbox"/> Educación continua |
| <input type="checkbox"/> Beneficios públicos (cupones para alimentos, SSI, etc.) | <input type="checkbox"/> Vivienda    |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios especializados en el tratamiento              | <input type="checkbox"/> Transporte  |   |

¿Su familia necesita ayuda en la obtención de cualquiera de los siguientes servicios para los niños?

- Hacer y mantener citas pediátricas y dentales
- Asegurar que las vacunas infantiles están actualizadas
- Aplicación de Head Start o de admisión a la escuela
- Obtención de WIC u otros derechos/soportes
- Mantener visitas regulares con niños no en custodia
- Para las necesidades diarias de los niños (comidas, lavandería)
- Obtención de guardería para veces cuando estás en la escuela o el trabajo

¿Necesita información o asistencia en cualquiera de las siguientes áreas de crianza?

- Conocimiento de las expectativas de desarrollo/realista de niño

- Establecer límites apropiados
- La vinculación
- Comunicación
- Disciplina / positivo refuerzo
- Respiro
- Other \_\_\_\_\_

¿Es necesario para que usted pueda asistir a tratamiento ayuda del cuidado del niño? No sí