

**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 _____	
Razón para buscar una evaluación: Salud Mental    Uso de sustancias    Juego	
¿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:
Género:		Edad:
Género legal (si diferente):		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> español, hispano, Latino o mexicano <input type="checkbox"/> <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		
Estado civil: <input type="checkbox"/> casado de <input type="checkbox"/> solo de <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> viudo / a		
Està embarazada: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		¿Tiene licencia de conducir válida?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì DL#:
¿Usted se identifica con un grupo cultural determinado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____		
¿Usted se identifica con un determinado grupo religioso o práctica espiritual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____		
¿Están experimentando cualquier inquietud relacionados a su género u orientación sexual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Pronombres preferidos: Èl Ellà Ellos Otro		
¿Has servido en el ejército? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		

**Historia de uso de sustancias**

Uso de sustancia	Edad de primer y ultimo uso	Patron de uso sobre los últimos 6 meses (cuanto y cuando)	Metodo de uso

Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en el pasado: -

---

---

### INFORMACIÓN DE LA SALUD

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

Mujeres: ¿usas anticonceptivos?  No  Sì Cuàl: \_\_\_\_\_

¿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.)?

### El uso de tabaco

¿Se uso tabaco?  No  Sì què tipo y cuanto al día \_\_\_\_\_

¿Desea ayuda para dejar de fumar?  No  Sì

### Proveedores de atención de salud actuales

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

¿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

### 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)					
Contacto sexual sin protección de barrera					
Transfusión de sangre					
Hepatitis amarillo de la ictericia					
Compartir agujas/obras					
Intercambiar sexo con dinero o drogas					
Ha estado involucrado en un asalto sexual					

### Información de salud mental

Diagnostico actual de salud mental \_\_\_\_\_

Sintomas actuales \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

## 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:		

## 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 _____
¿Usted actualmente esperan cargos, juicio o condena? En caso afirmativo, por favor explique.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA VIDA

### Miembros de la familia

Nombre	Relación con usted	Edad

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

¿Actualmente tiene alguna inquietud relacionada con su género u orientación sexual?  No  Sí

### EMPLEO

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

Marque si corresponde:  Desempleado  Discapacidad  Incapaz de trabajar

### EDUCACIÓN

¿Cuál es el último grado que completaste?

¿Alguna vez recibió servicios de educación especial?

¿Tiene dificultades de lectura y escritura?

¿Tienes una historia de retardo de desarrollo?

¿Tienes tu GED?  No  sí

No  si  desconocida

No  si  desconocida

No  si  desconocida

¿Desea que le envíen copias de los resultados de su evaluación a cualquier persona? \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?  
(Marque con un "□" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

## AUDIT cuestionario de prueba de detección de alcohol

Debido que ingerir alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Si se siente incómodo al llenar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de atención médica.

Una bebida estándar equivale a:

- 1.5 oz de licor (por ejemplo, un trago de whisky)
- 12 oz cerveza
- 5 oz de vino



1.5 oz.

Bebida mixta o cóctel



12 oz.

cerveza



5 oz.

vino

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contenga alcohol?	Nunca	Mensualmente o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol toma en un día normal cuando bebe?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dio cuenta que no podía parar de beber una vez que comenzaba?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que se esperaba normalmente de usted debido a estar bebiendo?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado de un primer trago en la mañana para iniciar una actividad después de una fuerte sesión de bebidas?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior debido a que estuvo bebiendo?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
9. ¿Usted o alguien más han sido lastimados debido a que usted estuviera bebiendo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención médica ha estado preocupado con el hecho que usted beba o le ha sugerido que lo deje?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año

I II III IV  
0 8 16 20



Piensa en los últimos 12 meses...

Ítems	Pregunta
1	¿Has apostado más de lo que realmente podías permitirte perder?
2	Teniendo en cuenta los últimos 12 meses, ¿has necesitado jugar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la misma sensación de excitación?
3	Cuando juegas dinero, ¿vuelves otro día para intentar recuperar el dinero perdido?
4	¿Has pedido dinero o vendido algo para conseguir dinero para jugar?
5	¿Crees que tienes o has tenido alguna vez problemas con el juego?
6	¿El juego te ha ocasionado algún problema de salud, incluido estrés o ansiedad?
7	¿Te ha criticado la gente por jugar dinero o te ha dicho que tienes un problema con el juego, independientemente de que tú pensaras que era cierto o no?
8	¿El juego te ha ocasionado algún problema económico en ti o en tu casa?
9	¿Te has sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que ocurre cuando juegas?

### Instrucciones

Respuestas: Nunca = 0; Algunas veces = 1; La mayoría de las veces = 2; Casi Siempre = 3.

Puntuación: La puntuación total puede variar de 0 a 27 y se interpreta de acuerdo a las siguientes categorías.

0 = jugador no problemático sin consecuencias negativas. 1-2 = Riesgo bajo. Jugador que experimenta pocos problemas y con pocas o ninguna consecuencia negativa. 3-7 = Riesgo moderado. Jugador que experimenta problemas moderados con algunas consecuencias negativas. 8 o más = Jugador problemático.