**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 (cìrculo): M F Otro: |
| \*Cuando sea posible, prefiero ser contactado a través de: Teléfono principal Teléfono secundario  Mensaje de texto Correo electrónico  |
| \*Opción de recordatorio de cita: Teléfono principal Teléfono secundario  Mensaje de texto Correo electrónico  |
| Correo Electrónico: |
| Fuente de Referencia: Corte Libertad Condicional \* DHS\* Empleador Hospital Mi mismo 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: □ español, hispano, Latino o mexicano □ □ de Puerto Rico mexicano □ cubano □Otro hispano o Latino □ desconocida |
| Raza: □ caucásico □ Negro/Afro Americano □ indio americano □ asiático □ nativo de Alaska□Hawaiano o isleño del Pacífico □ desconocida |
| Método de comunicación preferido: Dispositivo de comunicación Lenguaje de señas 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\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Appellido:  |  | Nombre: |
| Género:  | Edad:  |
| Género legal *(si diferente)*: |  |
| Origen étnico: □ español, hispano, Latino o mexicano □ □ de Puerto Rico mexicano □ cubano □Otro hispano o Latino □ desconocida |
| Raza: □ caucásico □ Negro/Afro Americano □ indio americano □ asiático □ nativo de Alaska□Hawaiano o isleño del Pacífico □ desconocida |
| Estado civil: □casado de □solo de □ separado □ divorciado □ viudo / a  |
| Està embarazada: □ No □ Sì | ¿Tiene licencia de conducir válida?: □ No □ Sì DL#: |
| ¿Usted se identifica con un grupo cultural determinado? □No □ Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Usted se identifica con un determinado grupo religioso o práctica espiritual? □No □ Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Están experimentando cualquier inquietud relacionados a su género u orientación sexual? □No □ Sí |
| Pronombres preferidos: Èl Ellà Ellos Otro |
| ¿Has servido en el ejército? □ No □ Sì □ 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 dìa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿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 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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

 □ No □ Sì

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 □ Sì

**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 |  |  |  |  |  |
| Transfusiòn 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? | □No sí □  | □No sí □  |
| ¿Usted ha sido víctima de abuso emocional?  | □No sí □  | □No sí □  |
| ¿Usted ha sido víctima de abuso sexual? | □No sí □  | □No sí □  |
| ¿Usted ha sido víctima de violencia doméstica? | □No sí □  | □No sí □  |
| ¿Alguna vez ha experimentado un evento traumático de cualquier tipo? □No sí □ En caso afirmativo, Sírvase describir el evento, cuando ocurrió y su reacción:  |

**LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se ordena este Tribunal de evaluación? | □No sí □  |
| ¿Es esta evaluación debido a un compromiso civil?  | □No sí □  |
| ¿Es esta evaluación para OWI o cero tolerancia ofensa? | □No □ 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? | □No sí □  |
| ¿Tienes problemas legales relacionados con alcohol o drogas delitos pendientes? En caso afirmativo, especifique.  | □No sí □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Tienes cualquier pasado cuestiones jurídicas relacionadas con delitos de alcohol o drogas? En caso afirmativo, especifique. | □No sí □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Ha usted alguna vez ha encarcelado? En caso afirmativo, indique el motivo de su último encarcelamiento y la longitud. | □No □ Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Usted actualmente esperan cargos, juicio o condena? En caso afirmativo, por favor explique.  | □No □ 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 □ ¿Està sin hogar? □ No □ Sì

¿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 □ Sì

**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?  | ¿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 |

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



 

