

Hoja de admisión del cliente

Fecha: _____

Información del cliente:

Nombre del cliente Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Nombre preferido: _____ Apellido de soltera/soltero: _____

Género de nacimiento: Hombre Mujer Otro _____

Identidad de género: Se identifica como hombre Se identifica como mujer Mujer a hombre Hombre a mujer

No binario (ni hombre ni mujer) Prefiero no divulgar Otro _____

Pronombre preferido: Él Ella Otro _____

Orientación sexual: Lesbiana, gay u homosexual Heterosexual Bisexual Otro _____

No sé Prefiero no divulgar

Fecha de nacimiento: _____ Seguro social: _____ - _____ - _____

Lengua primario: _____ ¿Necesita un intérprete? Idioma Lenguaje de señas estadounidense (ASL)

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Acepta recibir mensajes de texto recordatorios de la cita: Sí No

Acepta recibir mensajes de texto recordatorios de citas: Sí No

¿Acepta utilizar el nombre de Options cuando dejamos mensajes de voz o por texto?: Sí No

Mejor horario para llamar: _____ Mejor horario para llamar: _____

Está disponible para citas los días sábado: Sí No

Ya fue cliente de Options: Sí No Actualmente es cliente en otra agencia: Sí No

Un tribunal recomendó su tratamiento: Sí No

Dirección física: _____ Dirección de correo: _____

Acepta que Options le envíe correo: Sí No

Si el cliente es un menor, responda lo siguiente:

Nombre del tutor: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del tutor: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Hermanos:

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Maestro: _____ **Escuela:** _____ **Grado:** _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Acepta la identificación de Options: Sí No Acepta usarlo como contacto alternativo: Sí No

Trabajador social del Departamento de Servicios Humanos (DHS), si corresponde:

Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____

Correo electrónico: _____ **Número de fax:** _____

Acuerdos de pago:

Número de OHP: _____ **Fecha de entrada en vigencia:** _____

Seguro privado: brinde información sobre **cualquier cobertura de seguro dentro de los últimos 12 meses:**

Compañía: _____ **Titular de la póliza:** _____

Número de Identificación/póliza: _____ **Número de grupo:** _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

He realizado otros acuerdos de pago:** DHS Rehabilitación Vocacional Pago por cuenta propia Escala de tarifas ajustables
 Otro (**Todos los arreglos de pago están sujetos a la verificación y aprobación del Departamento de Facturación de Options)

Sistema de asistencia al cliente:

Cónyuge/pareja: _____ **Teléfono:** _____

Médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

Nombre de la clínica: _____ **Fax:** _____

Proveedor dental: _____ **Teléfono:** _____

Nombre de la clínica: _____ **Fax:** _____

Otras agencias, trabajadores sociales o proveedores de atención médica involucrados:

Nombre del contacto: _____ **Teléfono:** _____

Agencia/programa: _____ **Fax:** _____

Nombre del contacto: _____ **Teléfono:** _____

Agencia/programa: _____ **Fax:** _____

La política de Options Counseling and Family Services no es discriminatoria con respecto a la provisión de los servicios a sus clientes independientemente de la raza, color, religión, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, fuente de ingresos, identidad o expresión de género y/u orientación sexual.

Options debe solicitar la siguiente información para el Sistema de Seguimiento de Medidas y Resultados (MOTS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregón. Estos datos se recolectan y utilizan para determinar los niveles de financiación y efectividad de los programas de salud mental en nuestra comunidad.

Datos demográficos del paciente:

Raza (seleccione de las siguientes):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra raza única |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Dos o más razas no especificadas |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico | |

Origen étnico (seleccione de las siguientes):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> No es de origen Hispano | <input type="checkbox"/> Hispano – sin origen específico | <input type="checkbox"/> Hispano específico de otro lugar |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Cubano | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Desconocido | |

Estado civil (seleccione de las siguientes):

- Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Prefiero no responder

¿Es usted un veterano? Sí, Servicio Militar activo actual/anterior Sí, Guardia Nacional/Reserva actual/anterior
 No, pero Guardia Nacional/Reserva actual/anterior No

Consumo de tabaco (en los últimos 90 días): Sí No Prefiero no responder

¿Uso de sustancias en los últimos 90 días (alcohol o medicamentos no recetados)? Sí No Prefiero no responder

Condición de empleo del cliente (seleccione de las siguientes):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo (más de 35 horas/semana) | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> No forma parte de la fuerza de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Medio tiempo (menos de 35 horas/semana) | <input type="checkbox"/> Jubilado(a) | <input type="checkbox"/> Otra clasificación (por ejemplo, voluntarios) |
| <input type="checkbox"/> Desempleado(a) - Buscando empleo | <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) | |
| <input type="checkbox"/> Ama(o) de casa | <input type="checkbox"/> Residente Hospitalario o Institucional | |
| | <input type="checkbox"/> Empleo no competitivo/protegido | |

Máximo grado completado: _____ **¿Está actualmente inscrito en una escuela/capacitación?:** Sí No

Tipo de alojamiento (seleccione de las siguientes):

Otro: _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicilio privado | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (SUD) | <input type="checkbox"/> Alojamiento y comida: Institución de vivienda independiente |
| <input type="checkbox"/> Domicilio privado (en el hogar) | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (BRS) | <input type="checkbox"/> Prisión |
| <input type="checkbox"/> Domicilio privado (con un familiar) | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (CSEC) | <input type="checkbox"/> Vivienda asistencial: Sitio aislado |
| <input type="checkbox"/> Domicilio privado (con alguien que no es su familiar) | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (PRTS) | <input type="checkbox"/> Vivienda asistencial: Entorno comunitario |
| <input type="checkbox"/> Transitorio/Sin hogar | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (SCIP/SAIP) | <input type="checkbox"/> Oxford Home |
| <input type="checkbox"/> Hogar adoptivo | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (SRTF -YAT) | <input type="checkbox"/> Vivienda libre de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Complejo residencial seguro (SRTF adultos) | <input type="checkbox"/> Vivienda asistencial: Otro tipo |
| <input type="checkbox"/> Complejo residencial/Hogar comunitario | <input type="checkbox"/> Complejo residencial para trastornos subagudos | |

Ingreso *familiar por mes* estimado: \$ _____ Prefiero no responder

Fuente principal de ingresos (seleccionar de las siguientes):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldo/salario | <input type="checkbox"/> Discapacidad/SSDI | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Asistencia pública | <input type="checkbox"/> Otro | |
| <input type="checkbox"/> SSI por jubilación/pensión | <input type="checkbox"/> Ninguno | |
-

Dependientes (indicar la cantidad total de personas, incluido el cliente, que son mantenidas por el ingreso familiar):

> **Adultos** (incluir a menores que viven de forma independiente): # _____

> **Menores** (incluir a menores para los cuales se paga la manutención alimentaria a través de este ingreso): # _____

Derivado de: ¿Como se enteró de Options?

Agencias locales o estatales:

- Bienestar infantil
- Rehabilitación vocacional
- Adultos mayores y personas con discapacidades
- Autoridad local de salud mental
- Servicios relacionados con discapacidades en el desarrollo
- Programa comunitario de salud mental
- Escuela
- Viviendas comunitarias
- Servicios de empleo

Sistema de asistencia personal:

- Auto ayuda
- Familia/amigos
- Programa de asistencia al empleado
- Grupo de apoyo
- Abogado

Proveedores de atención médica:

- Proveedor comunitario de abuso de sustancias
- Proveedor comunitario de salud mental
- Organización de atención coordinada
- Institución psiquiátrica estatal
- Profesional de salud privado (por ejemplo, médico de cabecera, PHD, hospital, atención domiciliaria)
- Especialista en exámenes de detección de alcohol/drogas (ADES)

Sistema judicial:

- Tribunal federal
- Tribunal de circuito
- Tribunal de justicia
- Cárcel
- Tribunal municipal
- Libertad condicional, que incluye menores

- Policía o alguacil
- Junta de revisión psiquiátrica
- Libertad condicional, que incluye menores
- Institución correccional estatal
- Institución correccional federal
- Tribunal de tratamiento integrado
- Sistema de justicia para menores/OYA

Otro:

- Línea de ayuda/crisis
 - Internet/medios de comunicación
 - Otro
 - Ninguno
 - Prefiero no responder
-

Afiliación a tribus (seleccione de las siguientes):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No corresponde | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Grand Ronde | <input type="checkbox"/> Tribu de indios Coquille |
| <input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Siletz | <input type="checkbox"/> Banda Cow Creek de indios Umpqua |
| <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Coos, Baja Umpqua y Siuslaw | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Umatilla | <input type="checkbox"/> Tribus Klamath |
| | <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Warm Springs | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
-

¿Actualmente está embarazada? Sí No No corresponde/hombre Prefiero no responder
