

Hoja de admisión del paciente

 Fecha: _____

Información del paciente:

Nombre del paciente Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Nombre preferido: _____ Apellido de soltera/soltero: _____

Género: Hombre Mujer Otro _____

Identidad: Se identifica como hombre Se identifica como mujer No binario (ni hombre ni mujer)
 Prefiero no divulgar Otro _____

Pronombre preferido: Él Ella Otro _____

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 paciente de Options: Sí No Actualmente es paciente 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 paciente 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 paciente:

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 pacientes 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 paciente (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: |
| <input type="checkbox"/> Domicilio privado (con alguien que no es su familiar) | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (PRTS) | Sitio aislado |
| <input type="checkbox"/> Transitorio/Sin hogar | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (SCIP/SAIP) | <input type="checkbox"/> Vivienda asistencial: |
| <input type="checkbox"/> Hogar adoptivo | <input type="checkbox"/> Complejo residencial (SRTF -YAT) | Entorno comunitario |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Complejo residencial seguro (SRTF adultos) | <input type="checkbox"/> Oxford Home |
| <input type="checkbox"/> Complejo residencial/Hogar comunitario | <input type="checkbox"/> Complejo residencial para trastornos subagudos | <input type="checkbox"/> Vivienda libre de alcohol/drogas |
| | | <input type="checkbox"/> Vivienda asistencial: Otro tipo |

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

Fuente principal de ingresos (seleccionar de las siguientes):

- Sueldo/salario Discapacidad/SSDI Prefiero no responder
 Asistencia pública Otro
 SSI por jubilación/pensión Ninguno

Dependientes (indicar la cantidad total de personas, incluido el paciente, 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):

- No corresponde Tribus confederadas de Grand Ronde Tribu de indios Coquille
 Tribu Burns Paiute Tribus confederadas de Siletz Banda Cow Creek de indios Umpqua
 Tribus confederadas de Coos, Baja Umpqua y Siuslaw Tribus Klamath
 Tribus confederadas de Warm Springs Otra _____

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