

Hoja de Actualización Anual



Fecha de la cita: Numero del paciente: Fecha:

Información del cliente:

Nombre legal del cliente: Apellido: Nombre: Segundo:

Nombre Elegido: Fecha de nacimiento: Apellido de soltera/soltero:

Sexo:

Hombre

Mujer

Otro

Género Hombre Mujer No binario (ni hombre ni mujer)

Pronombre:

Él

Ella

Otro

Pronombre: El Ella Otra

Seguro social:

Ubicación de Options: ▼

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

Dirección física:

Dirección de correo: La misma que la física Si



Acepta que Options le envíe correo: Si No

Dirección física alternativa:

Dirección de correo alternativa: Acepta que Options le envíe correo? SI

Acepta que Options le envíe correo: Si No

Número de teléfono principal:

Nombre **Relación al cliente:**

Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Acepta que Options se identifique: Si No

Acepta recibir mensajes de texto: Si No

Acepta recibir mensajes recordatorios de la cita por: Llamada Texto

Número de teléfono alternativo:

Nombre: **Relación al cliente:**

Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Acepta que Options se identifique: Si No

Acepta recibir mensajes de texto: Si No

Número de teléfono del tutor Legal:

Nombre: **Relación al cliente:**

Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Acepta que Options se identifique: Si No

Acepta recibir mensajes de texto: Si No

Acepta recibir correo desde Options? Si No

Dirección física:



[Empty text input field]

Número de teléfono del tutor Legal: [Empty text input field]

Nombre: [Empty text input field] Relación al cliente: [Empty text input field]

Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Acepta que Options se identifique: Si No

Acepta recibir mensajes de texto: Si No

Acepta recibir correo desde Options? Si No

Dirección física: [Empty text input field]
[Empty text input field]
[Empty text input field]

Número de teléfono del tutor del contacto de emergencia: [Empty text input field]

Nombre: [Empty text input field] Relación al cliente: [Empty text input field]

Tipo de teléfono: Hogar Celular Trabajo

Acepta que Options se identifique: Si No

Acepta recibir mensajes de texto: Si No

Sistema de asistencia al cliente:

Cónyuge/pareja: [Empty text input field] Teléfono: [Empty text input field]

Otros residentes de la casa (hermanos, compañeros de casa):

Nombre/Relación al cliente: [Empty text input field] Edad: [Empty text input field]

Nombre/Relación al cliente: [Empty text input field] Edad: [Empty text input field]

Nombre/Relación al cliente: [Empty text input field] Edad: [Empty text input field]

Nombre/Relación al cliente: [Empty text input field] Edad: [Empty text input field]

Médico de atención primaria: [Empty text input field] Teléfono: [Empty text input field]

Nombre de la clínica: [Empty text input field] Fax: [Empty text input field]

Proveedor dental: [Empty text input field] Teléfono: [Empty text input field]

Nombre de la clínica: [Empty text input field] Fax: [Empty text input field]

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

Nombre del contacto: [Empty text input field] Teléfono: [Empty text input field]

Agencia/programa: [Empty text input field] Fax: [Empty text input field]

Nombre del contacto: [Empty text input field] Teléfono: [Empty text input field]



Agencia/programa: Fax:

Acuerdos de pago:

Número de OHP/número de póliza del seguro médico:

Número de grupo:

Titular de la póliza: Número de teléfono:

He realizado otros acuerdos de pago: DHS Rehabilitación Vocacional Pago por cuenta propia Escala de tarifas ajustables Otro

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 cliente:

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): Si No Prefiero no responder

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

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

Prefiero no responder Tiempo completo (más de 35 horas/semana) Medio tiempo (menos de 35 horas/semana) Desempleado(a) - Buscando empleo Ama(o) de casa Estudiante Jubilado(a) Discapacitado(a) Residente Hospitalario o Institucional No competitivo/protegido No forma parte de la fuerza de trabajo Otra clasificación (por ejemplo, voluntarios)

Máximo grado completado: ¿Está actualmente inscrito en una



escuela/capacitación?: Si No

Grado actual:

Tipo de alojamiento (seleccione de las siguientes):

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

Ingreso familiar por mes estimado: Prefiero no responder

Fuente principal de ingresos (seleccionar de las siguientes):

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

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): #

Comentarios / Preguntas :

X

Signature Certificate

Document name: Hoja de Actualización Anual

Unique Document ID: 72923C371667FAE1D871D468409FFCE7B227850D

LEGALLY SIGNED USING
WPsignature
Build. Track. Sign Contracts.

Timestamp

January 22, 2021 12:00 pm
PDT

January 22, 2021 12:08 pm
PDT

Audit

Hoja de Actualización Anual Uploaded by Adam Falk -
adam.falk@options.org IP 108.174.191.149

Options Intake - intake@options.org added by Adam
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:
108.174.191.149



This audit trail report provides a detailed record of the
online activity and events recorded for this contract.

Page 6 of 6