

# 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, responde 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 cualequier 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):

- Blanco                                       Nativo de Alaska                                       Dos o más razas no especificadas  
 Nativo Americano                                       Asiático                                       Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico  
 Negro/Afroamericano                                       Otra raza única

**Origen étnico** (seleccione de las siguientes):

- No es de origen Hispano                                       Hispano - sin origen específico                                       Hispano específico de otro lugar  
 Puertorriqueño                                       Cubano  
 Mexicano                                       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):

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

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

**Tipo de alojamiento** (seleccione de las siguientes):

Otro: \_\_\_\_\_

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

Tribu Burns Paiute

Tribus confederadas de Coos, Baja Umpqua y Siuslaw

Tribus confederadas de Siletz

Tribus confederadas de Umatilla

Tribu de indios Coquille

Tribus confederadas de Warm Springs

Banda Cow Creek de indios Umpqua

Tribus Klamath

Otra \_\_\_\_\_

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