



# Registración para la Salud del Comportamiento

Por favor llene la siguiente información para la persona que va a recibir los servicios de la Salud Mental o Adicción. Si necesita ayuda para llenar cualquiera de estas formas por favor déjele saber a un miembro del personal. Gracias!

## ¿CUALES SERVICIOS ESTA BUSCANDO?

Terapia de Salud Mental  Tratamiento de Alcohol & Drogas  Tratamiento para Problemas con el Juego  Otro \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL CLIENTE:

Apellido	Nombre	Inicial de 2º nombre	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono de casa
Dirección para la Correspondencia (si es diferente de la anterior)		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono de Celular
No. de Licencia de Conducir en Oregon / DMV# (requerido para el programa de DUII)			¿Podemos enviarle un recordatorio detallado de sus próximas citas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: _____		

## INFORMACION DE SEGURO DEL CLIENTE:

NO. DEL PLAN DE SALUD DE OREGON	Nombre del Plan de Salud Mental (Si corresponde)	Nombre del Plan de Salud Médico (Si corresponde)		
NO. DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE	Cobertura: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D			
COMPañÍA DE SEGURO SECUNDARIA	No. de Grupo	ID#	Número de Teléfono del Seguro Médico:	
Parte Responsable (si es <u>diferente</u> al asegurado)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	Numero de Teléfono
Seguro secundario a través de: <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Auto-Comprado <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Otro				

## ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable y pagar por los servicios prestados a mí por Polk County Behavioral Health si los servicios no están cubiertos o totalmente pagados por el seguro. Entiendo que la ley le permite a Polk County Behavioral Health cobrarme la cantidad adeudada. Si tengo seguro médico, por la presente le autorizo a Polk County Behavioral Health que proporcione toda la información pertinente y requerida por la compañía de seguros para el pago de reclamaciones. Por la presente le asigno a Polk County Behavioral Health todo el dinero al que tengo derecho por medio del seguro para los gastos relacionados con los servicios recibidos en Polk County Behavioral Health.

## RECONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_ Se me ha dado por escrito la información acerca de las prácticas de privacidad de Polk County Behavioral Health. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se utilizará mi información.

## RECONOCIMIENTO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

\_\_\_\_\_ Se me ha dado por escrito la información acerca de mis derechos y responsabilidades mientras esté inscrito con Polk County Behavioral Health. He tenido la oportunidad de discutir cualquier pregunta o preocupación acerca de este documento con un miembro de Polk County Behavioral Health.

## CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Mis iniciales al lado de las afirmaciones anteriores indican mi entendimiento y acuerdo. Por la presente autorizo a Polk County Behavioral Health proporcionar servicios a mí mismo, o al niño/persona nombrado para quien soy el tutor legal. Doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento que será discutido conmigo a fondo durante la evaluación. Entiendo que tengo el derecho de hacerle preguntas a mi proveedor acerca de los servicios de tratamiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACION MEDICA

**INDIQUE LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO EN EL PASADO** *Por favor, indique si podemos solicitar estos registros*  
 Permiso para Solicitar Registros:

- |  |                          |                             |                             |
|--|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terapia de Salud Mental | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Manejo de Medicamento   | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de A&D      | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de Juego    | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**DOCTOR DE CABECERA** ¿Tiene doctor de cabecera?  SI  NO

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica / Ubicación: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS / ALERGIAS

¿Tiene algún tipo de alergia a los medicamentos?  SI  NO

Si es así, por favor escriba: \_\_\_\_\_

Si actualmente usted está siendo recetado alguno de los siguientes medicamentos, por favor marque todos los que correspondan:

- | <u>Medicamento</u>   | <u>Recetador</u> |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Abilify/aripiprazole _____        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Clozaril, Fazalco/clozapine _____ | _____            |
| <input type="checkbox"/> Geodon/ziprasidone _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Haldol/haloperidol _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Invega/palliperidone _____        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Risperdal/risperidone _____       | _____            |
| <input type="checkbox"/> Seroquel/quetiapine _____         | _____            |
| <input type="checkbox"/> Zyprexa/olanzapine _____          | _____            |

- | <u>Medicamento</u>                                      | <u>Recetador</u> |
|---|------------------|
| <b>BENZODIACEPINAS:</b>                                 |                  |
| <input type="checkbox"/> Ativan/loraepam _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Klonopin/clonazepam _____      | _____            |
| <input type="checkbox"/> Valium/diazepam _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Xanax/alpraolam _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Librium/chlordiazepoxide _____ | _____            |

- | <u>Medicamento</u>                                | <u>Recetador</u> |
|---|------------------|
| <b>DROGAS ESTIMULANTES:</b>                       |                  |
| <input type="checkbox"/> Adderall _____           | _____            |
| <input type="checkbox"/> Adderall XR _____        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Concerta _____           | _____            |
| <input type="checkbox"/> Dexedrine _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Dexedrine spansule _____ | _____            |
| <input type="checkbox"/> Daytrana _____           | _____            |
| <input type="checkbox"/> Metadate CD _____        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Metadate ER _____        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Methylin ER _____        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Ritalin _____            | _____            |
| <input type="checkbox"/> Ritalin LA _____         | _____            |
| <input type="checkbox"/> Ritalin SR _____         | _____            |
| <input type="checkbox"/> Vyvanse _____            | _____            |
| <input type="checkbox"/> Quillivant XR _____      | _____            |

- | <u>Medicamento</u>   | <u>Recetador</u> |
|--|------------------|
| <b>OTRO:</b>   |                  |
| <input type="checkbox"/> Vicodin _____                     | _____            |
| <input type="checkbox"/> Oxycontin _____                   | _____            |
| <input type="checkbox"/> Fentanyl/Duragesic./Fentora _____ | _____            |
| <input type="checkbox"/> Lorcet/Lortab/Norco _____         | _____            |
| <input type="checkbox"/> Hydromorphone/ Dilaudid _____     | _____            |
| <input type="checkbox"/> Meperidine/Demerol _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Methadone/Dolophine _____         | _____            |
| <input type="checkbox"/> Morphine/ MS Contin _____         | _____            |
| <input type="checkbox"/> Oxycodone _____                   | _____            |
| <input type="checkbox"/> Oxyfast/Roxicodone _____          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Targiniq ER _____                 | _____            |
| <input type="checkbox"/> Percocet _____                    | _____            |
| <input type="checkbox"/> Tramadal _____                    | _____            |
| <input type="checkbox"/> Suboxone _____                    | _____            |

Otras drogas prescritas que no están en la lista: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada?  SI  NO

¿Utiliza Tabaco?  SI  NO

¿Usted ahora o alguna vez ha usado drogas intravenosas?  SI  NO

¿Ha usado drogas o alcohol no prescritos en los últimos 90 días?  SI  NO

**INFORMACION DEMOGRAFICA** Porque somos proveedores de Medicaid, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas.

1. ¿Apellido del cliente al nacer? \_\_\_\_\_
2. ¿Necesita intérprete?  SI  NO  ¿Discapacidad Auditiva?  Idioma Principal: \_\_\_\_\_
3. ¿Es el cliente un veterano?  SI  NO
4. ¿Cuál es el estado legal del cliente?  
 Ningún  DUII Diversion  Condena de DUII  Libertad Condicional  Tutela con Child Welfare  Tutela con el Tribunal (No DHS)
5. ¿Cuál es el grado más alto completado por el cliente? \_\_\_\_\_ Si actualmente es estudiante, ¿A qué escuela asiste? \_\_\_\_\_
6. ¿Cuál es el condado de residencia del cliente?  Polk  Marion Otro: \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál es el estado civil del cliente? (Si vive como casado – Por favor marque casado)  
 Nunca se ha casado  Casado  Divorciado  Separado  Viudo
8. ¿Cuál es el empleo del cliente?  
 Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Desempleado  Discapacitado  No está en la Fuerza Laboral  
 Estudiante  Ama de Casa  Jubilado  Otro: \_\_\_\_\_
9. ¿Cuál es la fuente principal de ingresos/apoyo para el cliente o padres del cliente?  
 Sueldo/Salario  Asistencia Pública  Discapacidad/SSDI  Jubilado/Pensión/SSI  
 Otro  Ninguna
10. Estimado de Ingreso Total Mensual del Hogar: \_\_\_\_\_  No Tiene Ingreso  Se Niega a Contestar  
10a. ¿Cuál es el número total de personas que dependen del ingreso del hogar?  
10b. ¿Cuántos niños entre las edades 0 a 17 dependen del ingreso del hogar?
11. ¿Cuál es la situación de vivienda del cliente?  
 Vive Solo  Vive con Pareja  Vive con Padres  Casa de Crianza  
 Cárcel  Casa de Oxford  Instalación Residencial  Alojamiento y Pensión  
 Apoyo de Vivienda  Sin Hogar  Otro \_\_\_\_\_
12. Por favor escriba el número de: Arrestos de DUII en el último mes \_\_\_\_\_ Arrestos de DUII en toda su vida \_\_\_\_\_  
Arrestos en el último mes \_\_\_\_\_ Arrestos en toda su vida \_\_\_\_\_
- 13.Cuál de las siguientes opciones describe mejor al cliente:  
¿Raza?  Blanco  Nativo de Alaska  Nativo de América  Negro o Africano Americano  
Marque todos los que Correspondan  Asiático  Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico  Otra Raza Singular  
¿Etnia?  No de Origen Hispana  Cubano  Mexicano  Puertorriqueño  
 Otro Hispano Específico \_\_\_\_\_  
¿Afilación Tribal?  No Aplica  Burns Paiute  Tribu Conf Coos, Lower Ump & Siuslaw  
 Tribu Confederado de Grand Ronde  Conf Tribe of Siletz  Tribu Conf de Umatilla  
 Tribu Confederado de Warm Springs  Tribu de Coquille Indian  Cow Creek / Indios de Ump  
 Tribus de Klamath  Otro \_\_\_\_\_
14. ¿Quién lo refirió a nosotros?  
 Si mismo  Policía o Chérif  Prisión Federal  
 Familia/Amigo  Libertad Condicional  Instalación Psiquiátrica Estatal  
 Doctor, Enfermera o Medico  Probatoria  Mesa Directiva de PSRB  
 Línea de Crisis  Empleador  Tribunal Municipal  
 Medios de Comunicación, Internet  Servicios de Empleo  Tribunal de Justicia  
 Grupo de Abogacía  Rehabilitación Vocacional  Tribunal de Circuito  
 Escuela  Abogado  Tribunal Federal  
 Servicios DD  Child Welfare  Nadie  
 Envejecimiento & Discapacidad  Plan de Salud / CCO  Otro \_\_\_\_\_  
 ADES  Cárcel  Prisión Estatal

SOLO PARA USO DE OFICINA

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

NO. DE ID DEL CLIENTE \_\_\_\_\_