



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> |
|---|------------------|
| BENZODIACEPINAS: | |
| <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> |
|---|------------------|
| DROGAS ESTIMULANTES: | |
| <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> |
|--|------------------|
| OTRO: | |
| <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 _____