



BIENVENIDO

Estamos aquí para ayudarle

Para poder asistirle mejor, le pedimos encarecidamente que responda las siguientes preguntas, junto a los otros cuestionarios en este paquete.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Usted siente en este momento que quiere lastimarse a sí mismo o a otros? Si No

¿Ha recibido un DUI/DWI en los últimos 6 meses? Si No

- Si responde **SI a alguna de estas preguntas**, por favor informe al personal de recepción y no siga completando este formulario.
- Si responde **NO a ambas preguntas**, por favor continúe respondiendo las preguntas a continuación.

Está usted buscando tratamiento de Metadona? Si _____ No _____. Si usted está recibiendo servicios en Clinton, Warsaw, Warrensburg, Higginsville, o Sedalia, usted podría calificar para servicios de Tratamiento para Opiáceos.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Indicador de desamparo: No es Indigente En Albergue En la Calle

Dirección del Cliente: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Condado: _____ # Telefónico Fijo del Cliente: _____

Número de celular del Cliente: _____ Dirección de Correo Electrónico del Cliente: _____

Número de Seguro Social del Cliente: _____

Género Sexual (al nacer): Femenino Masculino

Género que lo identifica: Femenino Masculino

No Binario No Específico Desconocido

Orientación Sexual: Prefiero no especificar

Bisexual Lesbiana, gay, homosexual Pansexual

Heterosexual Otro Desconocido

Pronombre de preferencia: El Ella Ellos Otro

Raza:

Américo-Africana o Negra Indio-Americana o Nativo de Alaska Asiática

Desconocida Otra _____

Origen Étnico:

Origen Hispano: Cubano Origen Hispano: Mexicano Origen Hispano: Otro

Origen Hispano: Puertorriqueño No de Origen Hispano

Año/Grado De Educación más alto Completado _____

Estado Marital: Ley Común Divorciado
 Vivo como Casado Convivencia Casado
 Nunca Casado Vuelto a Casar Separado
 Viudo Desconocido

Estado Auditivo: Sordo Dificultad para Escuchar
 Normal Desconocido

Idioma Primario: _____ **Idioma de Preferencia:** _____

Estado Laboral: Empleado Tiempo completo Empleado Medio Tiempo
 Deshabilitado Dueña de Hogar Preso Pre-Escolar Jubilado
 Estudiante Recibe Desempleo Temporario Busca Empleo Taller Albergue
 Empleo Asistido Desempleado Cesante Desconocido

Ocupación: _____

Veterano: Si No Rama: _____ Fechas/De y Hasta: _____

Arreglos de Vivienda: Solo Indigente Albergue Cárcel/Facilidad Correccional
 Tutela para Adultos Con Familiares Hogar de Ancianos Otro Padres/hermanos
 Transición Con Persona no Relacionada Esposo(a) Residencial (CSTAR)
 Vivienda de Apoyo CSTAR Casa Oxford Facilidad Residencial de Cuidados
 Menor de 18/ambos padres Menor de 18, Colocación Familiar Menor de 18, Vive Independiente
 Menor de 18, con Familiares Menor de 18, con Otros Menor de 18 Facilidad Privada de Cuidados
 Menor de 18 Facilidad Pública de Cuidados Menor de 18 Un Padre o Madre
 Menor de 18 con Padrastrós Desconocido Declina Contestar

Ingreso Anual Familiar: \$ _____

Número de Personas en su Hogar: _____

Seguro: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre y Número Telefónico de su Contacto de Emergencia: _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente: _____

Referido Por: _____

INFORMACIÓN DEL GUARDIÁN

Nombre del Guardián (si usted no es su propio Guardián): _____

¿Están con usted hoy? Si No

Problemas con que se presenta:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rabia | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Desorden Bipolar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Asuntos en Relaciones | <input type="checkbox"/> Asuntos de Empleo | <input type="checkbox"/> Asuntos de Familia |
| <input type="checkbox"/> Asuntos Financieros | <input type="checkbox"/> Adicción a las apuestas | <input type="checkbox"/> Asuntos de Vivienda | <input type="checkbox"/> Asuntos de Crianza |
| <input type="checkbox"/> Mal uso de Internet | <input type="checkbox"/> Asuntos Legales | <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> PTSD |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Malas Calificaciones |
| <input type="checkbox"/> Duelo/Perdida | <input type="checkbox"/> Abuso Físico/Sexual | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |
| | <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica | | |

¿Está usted conforme con sus patrones de alimentación? Si No

¿Usted come algunas veces a escondidas? Si No

MINI EVALUACIÓN DE SALUD

¿Tiene usted un Médico de cabecera/Pediatra? Si No

Nombre del Médico: _____

¿Ha tenido un examen físico en el último año? Si No

¿Tiene un Dentista? Si No

¿Ha visitado un dentista el último año? Si No

¿Usted o algún miembro cercano de su familia (padres/abuelos) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones médicas?

	Yo	Padres/Abuelos
Diabetes/Pre-Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hiperlipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipertensión (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Cardiovascular (corazón)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Usted usa tabaco o productos con nicotina (Vapor, Juul, cigarrillos, cigarros (puros), mastica tabaco, etc.)?

Actualmente En el Pasado Nunca

¿Usted ha recibido en el pasado tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias? Si No

Si contesto **SI**, explique: _____

¿Usted está recibiendo tratamiento de salud mental de parte de otra agencia? Si No

Si contesto **SI**, ¿qué agencia y por qué?: _____

¿Ha estado hospitalizado o ha ido al departamento de emergencia en el último año? Si No

Razones psiquiátricas _____

Razones Médicas _____

¿Está actualmente embarazada? Si No No sé

Si es así, ¿está recibiendo cuidados prenatales? Si No

Si es así, nombre del proveedor médico o clínica _____

¿Cuántas veces en el último año usted ha bebido?

Hombres- 5 o más tragos por día

Mujeres o cualquier adulto mayor de 65 años- 4 o más tragos por día

0-1 veces

2-3 veces

4-5 veces

6+ veces

Por favor liste todos los medicamentos con prescripción que está tomando

Por favor marque a continuación cualquiera de estos medicamentos con prescripción está tomando:

Medicamentos para el Dolor

Medicamentos para la Ansiedad

Relajantes Musculares

Por favor, liste todos los medicamentos sin prescripción que está tomando
