



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: _____

¿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 respondió que SI, y está usted en Clinton, Warsaw, Warrensburg, Higginsville, o Sedalia, por favor NO siga completando este formulario e informe al personal de recepción.

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: _____ (requerido para Medicaid u otros programas con fondos estatales)

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 Temporal 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:			
Rabia	Ansiedad	Problemas de comportamiento	Desorden Bipolar
Depresión	Asuntos en Relaciones	Asuntos de Empleo	Asuntos de Familia
Asuntos Financieros	Adicción a las apuestas	Asuntos de Vivienda	Asuntos de Crianza
Mal uso de Internet	Asuntos Legales	Matrimonio	PTSD
Estrés	Esquizofrenia	Abuso de Sustancias	Malas Calificaciones
Duelo/Pérdida	Abuso Físico/Sexual Violencia Doméstica	Otros	

¿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	Si	No	Si	No
Hiperlipidemia (colesterol alto)	Si	No	Si	No
Obesidad	Si	No	Si	No
Hipertensión (Presión arterial alta)	Si	No	Si	No
Enfermedad Cardiovascular (corazón)	Si	No	Si	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 _____