



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. Si necesita ayuda, por favor pregunte al personal de recepción o miembro del personal con el que se reúna para la evaluación.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Alias: _____

1. ¿Siente en este momento deseos de lastimarse a sí mismo o a otros? Si No
2. ¿Está aquí para completar los servicios de SATOP? Si No
 - Si responde **SI a la pregunta #2**, por favor informe al personal de recepción y no siga completando este formulario.
 - Si responde **NO a la pregunta #2**, por favor continúe respondiendo las preguntas a continuación.

¿Está usted buscando tratamiento de opioides? Si No 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.

Dirección del cliente: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Condado: _____ País de residencia, si no es EE. UU.: _____
Número de casa del cliente: _____ ¿Podemos dejar un mensaje de voz en este número? Si No
Número de celular del cliente: _____ ¿Podemos dejar un mensaje de voz en este número? Si No
Dirección de correo electrónico del cliente: _____
Número de Seguro Social del Cliente: _____ (requerido para Medicaid u otros programas con fondos estatales)
¿Cómo fue referido a Compass Health Network? _____

Género sexual (al nacer): Femenino Masculino

Género que lo identifica: (no requerido para pacientes menores de 18 años)

- Femenino
- Masculino
- No Binario/genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino
- Elije no divulgar

Orientación sexual: (no requerido para pacientes menores de 18 años)

- Heterosexual
- Bisexual
- Lesbiana, gay u homosexual
- Otro, por favor describa _____
- No sé (el paciente no conoce su orientación sexual)
- Elije no divulgar

Pronombre de preferencia:

- El, Su, Sus
- Ella, Su, Sus
- Ellos, Sus
- Otro, por favor describa: _____

Raza:

- Afroamericana o negra
- India-americana o nativo de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Guamaniana o Chamorro
- Japonesa
- Coreana
- Nativa hawaiana
- Otra asiática
- Otras islas del Pacífico
- Samoana
- Vietnamita
- Blanca o caucásica
- Elije no divulgar

Origen Étnico:

- Origen hispano: Cubano
- Origen hispano: Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a
- Origen hispano: Puertorriqueño
- Origen hispano: Otro _____
- 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

Estado auditivo:

- Sordo
- Dificultad para escuchar
- Normal
- Desconocido

Idioma principal: _____ **Idioma de preferencia:** _____

Estado laboral:

- Empleado tiempo completo
- Empleado medio tiempo
- Deshabilitado
- Ama/o de casa
- Recluso
- Otro
- Pre-Escolar
- Jubilado
- Estudiante
- Recibe desempleo
- Empleo estacional
- Busca empleo
- Taller albergue
- Empleo asistido
- Desempleado
- Cesante

Ocupación: _____

Servicios Militares

¿Usted o un miembro de su familia inmediata ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si No

Rama: _____ Fechas/De y Hasta: _____

¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Si No

¿Está sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Si No

¿Está sirviendo actualmente en la Guardia Nacional? Si No

¿El miembro de la familia está sirviendo actualmente en la Guardia Nacional? Si No

¿El miembro de la familia está actualmente en servicio activo federal? Si No

Arreglos de Vivienda:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 18+ y solo | <input type="checkbox"/> 18+ con transición | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años y sin hogar |
| <input type="checkbox"/> 18+ y sin hogar | <input type="checkbox"/> 18+ con persona no relacionada | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con vida independiente |
| <input type="checkbox"/> 18+ en albergue | <input type="checkbox"/> 18+ solo con cónyuge | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con otros familiares |
| <input type="checkbox"/> 18+ en la cárcel/centro correccional | <input type="checkbox"/> CSTAR Residencial | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con otro |
| <input type="checkbox"/> 18+ en hogar de acogida para adultos | <input type="checkbox"/> CSTAR Vivienda con apoyo | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con centro de atención privada |
| <input type="checkbox"/> 18+ con familia | <input type="checkbox"/> Oxford House | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con centro de atención pública |
| <input type="checkbox"/> 18+ en ancianato | <input type="checkbox"/> Centro de atención residencial | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con padre soltero |
| <input type="checkbox"/> 18+ con otro | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con ambos padres | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con padre/padrastro |
| <input type="checkbox"/> 18+ con padre/hermanos | <input type="checkbox"/> Menor de 18 en hogar de acogida | <input type="checkbox"/> Se niega a responder |

Estado de vivienda:

- No Indigente
- Albergue para indigentes
- Allegado (vive con otros, "duerme en sofá")
- Vivienda de transición (unidad pequeña por donde personas pasan después del albergue)
- Calle (vive en la calle, vehículo, a la intemperie o en un campamento)
- Otro (reside en un hotel/motel)

Estatus de trabajador migratorio:

¿Tiene familiares que son trabajadores agrícolas? Si No

¿Es usted un extrabajador agrícola migratorio anciano y discapacitado? Si No

¿Tiene un ser querido que es miembro del servicio o veterano? Si No

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

Relación del guardián con el paciente: _____

Número de teléfono del guardián: _____

Dirección del guardián: _____

Nombre de su Contacto de Emergencia: _____

Número Telefónico: _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente: _____

Ingreso Anual Familiar: \$ _____ Número de Personas en su Hogar: _____

Seguro: _____ (Proporcione la(s) tarjeta(s) de seguro al personal de recepción).

Problemas con que se presenta:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rabia | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de relaciones | <input type="checkbox"/> Asuntos de empleo | <input type="checkbox"/> Asuntos familiares |
| <input type="checkbox"/> Asuntos financieros | <input type="checkbox"/> Adicción al juego | <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"/> TEPT |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Baja de calificaciones |
| <input type="checkbox"/> Duelo/Pérdida | <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿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: _____

Dirección de su 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.)?

Uso diario Nunca ha usado Uso ocasional Uso anterior, sin uso en los últimos 90 días Desconocido

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

Si contesto Si, por favor explique: _____

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

Si es así, ¿qué agencia y con qué propósito? _____

¿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, enumere todos los medicamentos recetados 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, enumere todos los medicamentos sin receta que está tomando _____