



# 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 quien se reúna para la evaluación.

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

¿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.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Alias/Nombre de Pila \_\_\_\_\_

Sexo (al momento de nacer)  Femenino  Masculino Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cómo fué usted referido a Compass Health Network? \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Cliente: \_\_\_\_\_ (requerido para Medicaid u otros programas con fondos estatales)

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (si es diferente) \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ País de Residencia, si no es Estados Unidos: \_\_\_\_\_

Número Telefónico del cliente: \_\_\_\_\_ Número de celular del cliente: \_\_\_\_\_

Número del Trabajo del cliente: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del Cliente: \_\_\_\_\_

¿Le podemos contactar?  Si  No

¿cuál es el medio de comunicación de su preferencia?  Correo Electrónico  Teléfono Casa  Celular  Teléfono trabajo  Texto

¿Le podemos dejar mensajes de voz? (marque todos los números que sean apropiados)

Teléfono Casa  Celular  Teléfono Trabajo

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Raza del Cliente: (marque todas las que aplican)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afroamericana o negra              | <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana          |
| <input type="checkbox"/> India-americana o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra asiática            |
| <input type="checkbox"/> India asiática                     | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> China                              | <input type="checkbox"/> Samoana                  |
| <input type="checkbox"/> Filipina                           | <input type="checkbox"/> Vietnamita               |
| <input type="checkbox"/> Guamaniana o Chamorro              | <input type="checkbox"/> Blanca o caucásica       |
| <input type="checkbox"/> Japonesa                           | <input type="checkbox"/> Declina                  |
| <input type="checkbox"/> Coreana                            |   |

**Origen Étnico:**

- Declina
- Origen hispano: Cubano
- Origen hispano: Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a
- Origen hispano: Puertorriqueño
- Origen hispano: Otro \_\_\_\_\_
- No de origen hispano

**¿Ha experimentado algún tipo de desamparo (falta de vivienda) en el último año?**

- No
- Albergue
- Allegado (vive con otros, "en un sofá")
- Hogar de transición (unidad pequeña de transición desde un albergue)
- Vive en la calle (vehículo, intemperie, o campamento)
- Otro (reside en un hotel/motel)
- Se desconoce

**Estado laboral:**

- Empleado Tiempo Completo (35+ hrs/semana)
- Medio Tiempo (<35 hrs/semana)
- Deshabilitado
- Ama/o de casa
- Recluso
- Otro
- Pre-Escolar
- Jubilado
- Estudiante
- Recibe apoyo para buscar empleo
- Empleo estacional
- Busca empleo
- Taller albergue
- Empleo asistido
- Desempleado
- Cesante (despedido)

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Estado marital:**

- Ley común
- Divorciado
- Vivo como casado
- Convivencia
- Casado
- Nunca casado
- Vuelto a casar
- Separado
- Viudo

**Grado más alto de educación cursado:** \_\_\_\_\_

**Estado auditivo:**

- Sordo
- Dificultad para escuchar
- Normal
- Desconoce

### Uso de Tabaco

- Uso diario de productos de tabaco
- Nunca ha usado productos de tabaco
- Usa productos de tabaco ocasionalmente
- Usaba tabaco anteriormente, no ha usado en los últimos 90 días
- Desconoce

#### ¿Está planeando dejar la nicotina/tabaco?

- Si, estoy actualmente tratando de dejarlo
- Si, planeo dejarlo hoy
- Si, planeo dejarlo dentro de los próximos 30 días
- Si, planeo dejarlo dentro de los próximos 6 meses
- No estoy seguro
- No, no estoy planeando dejarlo por ahora
- NA - lo dejó anteriormente

### Arreglo 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 Trabajador Migratorio

¿Es usted o un miembro de su familia un trabajador agricultor migrante, o lo ha sido?  Si  No

### Servicios Militares

¿Cuál es su Servicio Militar?  Miembro Activo, Reserva/Guardia  Veterano  N/A

¿Tiene algún ser querido que es miembro de servicio o veterano?  Si  No

¿Ha usted o un miembro de su familia servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si  No

Rama: \_\_\_\_\_ Fechas/De y Hasta: \_\_\_\_\_

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si  No

¿Está usted sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si  No

¿Está usted actualmente sirviendo en la Guardia Nacional?

Si  No

¿Está el miembro de su familia actualmente sirviendo en la Guardia Nacional?

Si  No

¿Está el miembro de su familia actualmente en servicio activo federal?

Si  No

¿ Es el paciente su propio guardián  Si  No

Si es no, complete la table a continuación. Si es Si, vaya directamente a la sección de Contacto de Emergencia

Padre/Guardián(s)

Padre/Guardián 1

Padre/Guardián 2

Nombre:

Relación:

Dirección:

Número Telefónico:

Nombre de su Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual Familiar: \$ \_\_\_\_\_ Número de personas en su Hogar: \_\_\_\_\_

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO AL PERSONAL DE RECEPCION

Seguro: \_\_\_\_\_ Póliza/ID del Miembro \_\_\_\_\_

Información del asegurado - Si es otra persona, no el paciente

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

Número Telefónico Principal: \_\_\_\_\_ Número Telefónico Alternativo: \_\_\_\_\_

**Preocupaciones Actuales:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <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

**¿Desea que Compass Health colabore (intercambiando archivos) con su proveedor de cuidados primarios?  Si  No**

<b>MINI EVALUACIÓN DE SALUD</b>																				
<p>¿Tiene usted un médico de cabecera/pediatra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre del Médico: _____ Número Telefónico del Médico: _____</p> <p>Dirección de su Médico: _____</p>																				
<p>¿Ha tenido un examen físico en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene un dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha visitado un dentista el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>																				
<p>¿Usted o algún miembro cercano de su familia (padres/abuelos) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones médicas?</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Yo</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Padres/Abuelos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diabetes/Pre-Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Hiperlipidemia (colesterol alto)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Obesidad</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión (Presión arterial alta)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular (corazón)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </tbody> </table>				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
	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																		
<p>¿Usted usa tabaco o productos con nicotina (Vapor, Juul, cigarrillos, cigarros (puros), mastica tabaco, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Uso diario <input type="checkbox"/> Nunca ha usado <input type="checkbox"/> Uso ocasional <input type="checkbox"/> Uso anterior, sin uso en los últimos 90 días <input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p>¿Usted ha recibido en el pasado tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha recibido tratamiento de salud mental o para abuso de sustancias en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contestó SI, por favor explique: _____</p> <p>¿Actualmente está recibiendo tratamiento de salud mental de otra agencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, ¿qué agencia y con qué propósito? _____</p> <p>¿Ha estado hospitalizado o ha ido al departamento de emergencia en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Razones psiquiátricas _____</p> <p>Razones médicas _____</p> <p>¿Está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé</p> <p>Si es así, ¿está recibiendo cuidados prenatales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, nombre del proveedor médico o clínica _____</p>																				

¿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, liste todos los medicamentos prescritos que está tomando \_\_\_\_\_

Por favor marque cualquiera de medicamentos a continuación que esté tomando

- Medicamentos para el dolor
- Medicamentos para la Ansiedad
- Relajantes Musculares

Por favor liste todos los medicamentos que esté tomando sin receta sin prescripción médica

---

---

---

---