



## BIENVENIDO

### Estamos aquí para ayudar

Para ayudarle mejor, responda a las siguientes preguntas junto con los demás cuestionarios de este paquete. Si necesita ayuda, consulte al recepcionista o al miembro del personal con el que se reúna para la evaluación.

1. ¿Actualmente tiene ganas de hacerse daño a sí mismo o a alguien más?  Sí  No
2. ¿Viene para completar el Programa de Infractor de Tránsito por Uso de Sustancias (SATOP)?  Sí  No

¿Está buscando tratamiento de opioides?  Sí  No – Si respondió que Sí y se encuentra en Clinton, Warsaw, Warrensburg, Higginsville o Sedalia, DEJE de completar este formulario e informe a la recepción.

---

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Alias/Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Sexo (asignado al nacer)  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

¿Cómo lo derivaron a Compass Health Network? \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

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

Condado: \_\_\_\_\_ País de residencia, si no es EEUU: \_\_\_\_\_

Teléfono casa del cliente: \_\_\_\_\_ Celular del cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo del cliente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del cliente: \_\_\_\_\_

¿Acepta que lo contactemos?  Sí  No

¿Cuál es su preferencia de comunicación?  Correo electrónico  Teléfono casa  Celular  Teléfono trabajo  Texto

¿Podemos dejarle mensaje de voz? (Marque todos los números según corresponda)

Teléfono casa  Celular  Teléfono trabajo

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete?  Sí  No

**Raza del cliente:** (seleccione todo lo que corresponda):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái          |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro asiático            |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Samoano                  |
| <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> Vietnamita               |
| <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro                 | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico       |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Rechazo declarar         |
| <input type="checkbox"/> Coreano                            |   |

**Origen étnico:**

- Rechazo declarar
- Origen hispano: Cubano
- Origen hispano: Mexicano, mexicano-americano, chicano
- Origen hispano: Puertorriqueño
- Origen hispano: Otro \_\_\_\_\_
- No de origen hispano

**Situación laboral:**

- Empleado a tiempo completo (35 o más h/semana)
- Empleado a tiempo parcial (menos de 35 h/semana)
- Sin empleo - Discapacitado
- Sin empleo - Ama de casa
- Sin empleo – Prisionero
- Sin empleo – Otro
- Sin empleo - Preescolar
- Sin empleo - Jubilado
- Desconocido
- Voluntario
- Sin empleo - Estudiante (ACAD o vocacional)
- Recibo ayuda para buscar empleo
- Empleo estacional
- Buscando empleo
- Taller protegido
- Empleo con apoyo
- Desempleado: buscando trabajo en los últimos 30 días o en despido temporal
- Desempleado – Despedido

**Ocupación:**\_\_\_\_\_**horas mensuales trabajadas:**

- 1-20
- 21-40
- 41-60
- 61-80
- 81-100
- 100+
- Ninguna
- Desconocido

**Estado civil:**

- Pareja de hecho
- Divorciado
- Viviendo como casado
- Convivencia
- Casado/a
- Nunca casado
- Vuelto a casar
- Separado
- Viudo/a

**Año de educación más alto completado:**\_\_\_\_\_**Estatus auditivo:**

- Sordo
- Hipoacúsico
- Normal
- Desconocido

**Consumo de tabaco**

- Uso diario de productos del tabaco
- Nunca he consumido productos del tabaco
- Consumo ocasional de productos del tabaco
- Uso previo de productos del tabaco, sin uso en los últimos 90 días
- Desconocido

- ¿Piensa dejar la nicotina/tabaco?
- Sí, dejando de fumar activamente
  - Sí, pienso dejar hoy
  - Sí, planeo dejar en 30 días
  - Sí, planeo dejar en 6 meses
  - No estoy seguro
  - No, no pienso dejar por el momento
  - N/A; dejé anteriormente

#### Servicios militares

- ¿Cuál es su servicio militar?  Servicio activo/Reservista/Guardia  Veterano  N/A  
¿Tiene un ser querido que sea miembro del servicio o veterano?  Sí  No

#### Estatus de trabajador migrante:

- ¿Es usted o un familiar un trabajador agrícola migratorio o temporero actual o anterior?  Sí  No

#### Modalidades de vida:

- 18+ y solo
- 18+ y sin hogar
- 18+ en refugio para personas sin hogar
- 18+ en la cárcel/centro penitenciario
- 18+ con cuidado tutelar
- 18+ con familia
- 18+ en hogar de ancianos
- 18+ con otro
- 18+ con padres/hermanos
- 18+ con transicional
- 18+ con persona no emparentada
- 18+ sólo con cónyuge
- Residencial CSTAR
- Viviendas con Apoyo CSTAR
- Casa Oxford
- Centro de atención residencial
- Menor de 18 años con ambos padres
- Menor de 18 años en cuidado tutelar
- Menor de 18 años y sin hogar
- Menor de 18 años con vida independiente
- Menor de 18 años con otros familiares
- Menor de 18 años con otra persona
- Menor de 18 años con centro asistencial privado
- Menor de 18 años con centro asistencial público
- Menor de 18 años con progenitor único

- Menor de 18 años con padre/madre/padrastro/madrastra  
 Me niego a responder

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

- No  
 Albergue para personas sin techo  
 Viviendo con otras personas, "couch surfing"  
 Vivienda de transición (pequeña unidad donde las personas hacen la transición desde un albergue)  
 Viviendo en la calle (vehículo, al aire libre o en un campamento)  
 Otro (resido en hotel/motel)  
 Desconocido

**Tutor**

¿Es el paciente su propio tutor?  Sí  No En caso negativo, complete la tabla siguiente. En caso afirmativo, pase a la sección "Contacto en caso de emergencia".

Padre(s)/madre(s)/tutor(es)	Padre/madre/tutor 1	Padre/madre/tutor 2
Nombre:		
Fecha de nacimiento:		
Relación:		
Dirección:		
Teléfono		

**Contacto en caso de emergencia**

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación del Contacto de emergencia con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar (Por favor seleccione uno)**

Ingreso Mensual: \$\_\_\_\_\_

Ingreso familiar anual: \$\_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

PRESENTA SU TARJETA DE SEGURO AL PERSONAL DE RECEPCIÓN

Seguro: \_\_\_\_\_ ID de miembro/póliza: \_\_\_\_\_

## Información del suscriptor - Si no es el paciente

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es distinta de la del paciente): \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

### Preocupaciones actuales:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ira                    | <input type="checkbox"/> Ansiedad              | <input type="checkbox"/> Prob. comportamiento   | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar     |
| <input type="checkbox"/> Depresión              | <input type="checkbox"/> Problemas de relación | <input type="checkbox"/> Cuestiones de empleo   | <input type="checkbox"/> Cuestiones familiares |
| <input type="checkbox"/> Cuestiones financieras | <input type="checkbox"/> Adicción al juego     | <input type="checkbox"/> Cuestiones de vivienda | <input type="checkbox"/> Problemas de crianza  |
| <input type="checkbox"/> Mal uso de Internet    | <input type="checkbox"/> Cuestiones jurídicas  | <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 en las notas     |
| <input type="checkbox"/> Duelo/pérdida          | <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual   | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica    | <input type="checkbox"/> Otro/s _____          |

¿Está satisfecho con sus patrones de alimentación?  Sí  No

¿Alguna vez come en secreto?  Sí  No

¿Desea que Compass colabore (intercambie registros) con su proveedor de atención primaria?  Sí  No

### MINI EVALUACION DE SALUD

¿Tiene un médico de atención primaria/pediatra?  Sí  No

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

¿Ha tenido un examen físico en el último año?  Sí  No Fecha de la Última Visita \_\_\_\_\_

¿Tiene dentista?  Sí  No

¿Ha ido al dentista en el último año?  Sí  No

¿Usted o sus familiares cercanos (padres/abuelos) han sido diagnosticados con alguna de las siguientes afecciones?

- |   | Usted mismo   | Padres/Abuelos  |
|---|---|---|
| Diabetes/Prediabetes                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hiperlipidemia (colesterol alto)              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Obesidad                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hipertensión arterial (tensión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad cardiovascular (del corazón)       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Usa productos de tabaco o nicotina (Vape, Juul, cigarrillos, cigarros, tabaco de mascar, etc.)?

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

¿Ha recibido tratamiento de salud mental o uso de sustancias en el pasado?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe servicios de salud conductual de otra agencia? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué organismo y con qué fin? \_\_\_\_\_

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

Motivos psiquiátricos \_\_\_\_\_

Motivos médicos _____
¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
En caso afirmativo, ¿está recibiendo atención prenatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, nombre del proveedor o de la clínica _____
Cuántas veces en el último año ha bebido Hombres - 5 o más bebidas al día Mujeres o todos los adultos mayores de 65 años - 4 o más bebidas al día
<input type="checkbox"/> 0-1 veces <input type="checkbox"/> 2-3 veces <input type="checkbox"/> 4-5 veces <input type="checkbox"/> 6+ veces

Enumere todos los medicamentos recetados que está tomando \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Marque a continuación cualquier medicamento recetado que esté tomando:

Analgésicos       Ansiolíticos       Relajantes musculares

Enumere todos los medicamentos de venta libre que está tomando \_\_\_\_\_

---

---

---