



BIENVENIDO

Estamos aquí para ayudar

Para ayudarlo 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? _____

Numero 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 una):

- | | |
|---|---|
| ☐ Afroamericano o negro | ☐ Nativo de Hawái |
| ☐ Indio americano o nativo de Alaska | ☐ Otro asiático |
| ☐ Indio asiático | ☐ Otro isleño del Pacífico |
| ☐ Chino | ☐ Samoano |
| ☐ Filipino | ☐ Vietnamita |
| ☐ Guameño o chamorro | ☐ Blanco o caucásico |
| ☐ Japonés | ☐ Rechazo declarar |
| ☐ Coreano | |

Nombre _____ MRN _____ [Type here]

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

Ocupación: _____

horas mensuales trabajadas:

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

Estado civil:

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

Nombre _____ MRN _____ [Type here]

- ☐ 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? (seleccione una)

- ☐ 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: _____

Nombre _____ MRN _____ [Type here]

PRESENTE 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:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Ira | ☐ Ansiedad | ☐ Prob. comportamiento | ☐ Trastorno bipolar |
| ☐ Depresión | ☐ Problemas de relación | ☐ Cuestiones de empleo | ☐ Cuestiones familiares |
| ☐ Cuestiones financieras | ☐ Adicción al juego | ☐ Cuestiones de vivienda | ☐ Problemas de crianza |
| ☐ Mal uso de Internet | ☐ Cuestiones jurídicas | ☐ Matrimonio | ☐ TEPT |
| ☐ Estrés | ☐ Esquizofrenia | ☐ Abuso de sustancias | ☐ Baja en las notas |
| ☐ Duelo/pérdida | ☐ Abuso físico/sexual | ☐ Violencia doméstica | ☐ 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

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Hiperlipidemia (colesterol alto)

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Obesidad

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Hipertensión arterial (tensión arterial alta)

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Enfermedad cardiovascular (del corazón)

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ 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

Nombre _____ MRN _____ [Type here]

¿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? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

En caso afirmativo, ¿está recibiendo atención prenatal? ☐ Sí ☐ 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

☐ 0-1 veces

☐ 2-3 veces

☐ 4-5 veces

☐ 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 _____
