



Solicitud de Admisión

Nombre completo:		Fecha de envío:
Referido por:	Contacto del personal:	Relación con el solicitante:
Dirección:	Teléfono:	Fax:
¿Qué servicios está solicitando?:		

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre completo:		# Seguro Social:
¿Ha utilizado algún otro nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, por favor anote el nombre o los nombres y complete lo siguiente:</i>		Fecha de nacimiento:
		Género:
Tipo de nombre alterno: <input type="checkbox"/> Alias <input type="checkbox"/> Apodo <input type="checkbox"/> Nombre de casado(a) <input type="checkbox"/> Nombre de nacimiento <input type="checkbox"/> Nombre de matrimonio previo <input type="checkbox"/> Otro: _____		Orientación sexual:
Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma de preferencia para la entrevista: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____
Última dirección utilizada:		¿Con quién residía? _____
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		
¿Podemos dejarle un mensaje a este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si ha estado sin hogar, indique hace cuánto tiempo: _____
¿Ha participado en este programa anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Si no tiene teléfono, ¿a quién podemos contactar para dar seguimiento en la relación a esta entrevista?</i> Nombre:		Teléfono:
CONTACTO DE EMERGENCIA -Nombre:		Relación:
Dirección:		Teléfono:
¿Tenemos permiso para dejarle mensajes en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

VIVIENDA

¿Actualmente tiene sección 8 o alguna otra vivienda subsidiada bajo su nombre? Sí No

¿Cuál es su estatus de vivienda? (Dónde durmió anoche)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión | <input type="checkbox"/> Condominio/Casa de su propiedad |
| <input type="checkbox"/> Cuarto/Apartamento/casa que renta | <input type="checkbox"/> Facilidad/ Hospital psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Vive con un familiar |
| <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento del abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Facilidad de desintoxicación | <input type="checkbox"/> Vive con un amigo |
| <input type="checkbox"/> Hospital no psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Hotel no pagado con vales de emergencia | <input type="checkbox"/> Lugar no destinado para vivir (banco, calle, parque) |
| <input type="checkbox"/> Desconoce | <input type="checkbox"/> Se rehúsa | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Si renta, ¿cuál es su pago normal? _____ ¿Es segura su situación de vivienda actual? Sí No

¿Cuáles son sus necesidades de vivienda?

INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Recibe algún cuidado médico regular? Sí No Fecha de su última visita:

Si contestó sí, indique su proveedor primario: Hospital/Clínica: Teléfono:

Mencione otra agencia de cuidados de la salud con la que esté involucrado (CMA, VNA, etc.)

¿Utiliza alguna ayuda para la movilidad? (*Marque todas las que apliquen*):

- No Muletas/Bastón Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Otro: _____

Discapacidades:

Discapacidad visual: Sí No Discapacidad auditiva: Sí No
Discapacidad del autocuidado/ADL: Sí No Discapacidad del desarrollo: Sí No

¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud? No Diabetes Enfermedad del corazón Asma

Hepatitis (A, B, C) VIH Otro: _____

Si es VIH positivo:
¿Cuál es la fecha de diagnóstico?

¿Actualmente está siendo tratado medicamente para alguna de estas condiciones? Sí No

¿Tiene alguna complicación neurológica relacionada a su estatus de VIH? Sí No

Si contestó sí, por favor describa:

¿Actualmente toma algún medicamento? (Incluyendo prescripciones, psicotrópicos, OTC, suplementos naturales, etc.) Sí No

Medicamento	Racional/ Condición	Dosis/Ruta/ Frecuencia

¿Padece de alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí (<i>si contestó sí, indique abajo</i>) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce		
Alimentos: _____	Medicamentos: _____	Ambiental: _____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN FAMILIAR			
¿Cuál es su estatus marital actual?			
<input type="checkbox"/> Casado(a) <u>Legalmente</u> (<i>Si contestó sí, ¿cuántas veces?: _____</i>) <input type="checkbox"/> Soltero(a) con pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a), nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
¿Nombre de su pareja? (si alguno) _____		¿Ha habido violencia en esta relación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguna orden de alejamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, ¿en qué corte? _____		¿Continúa vigente esta orden? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Historial de abuso de sustancias de su pareja, si alguno:			
Está embarazada/esperando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		<i>Si contestó sí, indique fecha para dar a luz:</i> _____	
¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/> Desconoce		<i>Si contestó sí, indique cuántos:</i> _____	
¿Tiene la custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene la custodia física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si contestó no, ¿es su meta volver a reunificarse con sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está el Departamento de la Familia (DCF) involucrado con alguno de estos niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Edad y Género: _____	Edad y Género: _____	Edad y Género: _____	Edad y Género: _____
¿Es usted el cuidador primario de estos niños?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda con el cuidado de sus hijos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha hecho arreglos para tener un cuidador mientras está en el programa?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Dónde residen actualmente los niños?: _____			
HISTORIAL ACADÉMICO/VOCACIONAL:			
Nivel académico más alto completado: _____		Grado: _____	Universidad: _____
¿Tiene algún entrenamiento o certificado vocacional o profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique cuál: _____			
¿Tiene alguna discapacidad para el aprendizaje? <i>Si contestó sí, indique cuál:</i> _____			
OBLIGACIONES LEGALES:			
¿Tiene actualmente o pendiente algún caso u obligación legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene algún mandato judicial pendiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si contestó sí, ¿cuál es el estatus de estos casos u obligaciones (resultados y/o sentencia)?: _____			
Oficial de probatoria/libertad condicional (Si aplica): _____		Teléfono: _____	
Dirección: _____		Última visita al Oficial: _____	
¿Ha sido liberado recientemente de un encarcelamiento de más de 4 mese? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, indique cuál:</i> _____			

¿Alguna vez ha sido afiliado a una ganga/pandilla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, indique el nombre de la ganga/pandilla:</i>	<i>Si contestó sí, ¿actualmente es afiliado?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, indique el nombre de la ganga/pandilla:</i>
---	--

¿Tiene antecedentes de incendio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted un delincuente sexual registrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Existe alguna otra responsabilidad legal que puedan comprometer su tratamiento o proceso de recuperación?
 Sí No
Si contestó Sí, ¿indique cuáles son?:

HISTORIAL DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICO:

¿Actualmente recibe algún tipo de servicio de salud mental? Sí No

Si contestó sí, ¿con cuánta frecuencia? ¿Fecha de su última visita?

Si contestó no, ¿alguna vez ha recibido algún tipo de servicio de salud mental, psiquiátrico o psicológico

Ya sea actualmente o en el pasado, ¿qué tipo de servicios/tratamientos ha recibido? (*Marque todas las que apliquen*):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo/Residencial | <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Tratamiento comunitario asertivo |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento parcial diario/intensivo | <input type="checkbox"/> Hospitalización psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Hogar de tratamiento/Rehabilitación (<u>No relacionado a uso de sustancias</u>) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
- Número de hospitalizaciones de pacientes psiquiátricos: _____ Fecha de la más reciente: _____

Tipo	Fechas	Razón	Proveedor/Info de la agencia (Nombre y teléfono):	¿Completado?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso

¿El tratamiento fue efectivo? Sí No

Diagnósticos actuales y pasados:

Si conoce, indique las fuentes de información: Cliente Registros de tratamiento
 Otro proveedor Pareja familiar Diagnóstico sospechoso/No oficial
 Otro: _____

¿Algún historial de trastornos alimenticios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si contestó sí, ¿ha recibido tratamiento?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Si contestó sí, ¿qué tipo? Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa Otro: _____

EVALUCIÓN DE RIESGO:

¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño a sí mismo o a otra persona? Sí No

Si contestó sí, ¿tenía un plan? ¿Cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?

¿Alguna vez se ha lastimado o herido físicamente a sí mismo o a otra persona intencionalmente?
 Sí No

Si contestó sí, ¿tenía un plan? ¿Cuándo fue la última vez que se lastimó físicamente o que lastimó a otra persona?

HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO:

Uso de sustancias primario (p.ej.: alcohol, cocaína, crack, heroína)		Frecuencia:	
# Cantidad de años de uso <u>activo</u> :	Edad de inicio:		Primera sustancia utilizada:
Edad cuando el uso de sustancias comenzó a ser un problema:			Fecha de último uso:
Periodo más largo que ha estado libre de drogas:	Fechas:	¿Cómo sostiene su uso de drogas?	
<p>¿Alguna vez ha participado en cualquier tipo de tratamiento para uso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si contestó sí, indique cuál:</i> <input type="checkbox"/> Desintoxicación # de veces ____ <input type="checkbox"/> Ambulatorio, # de veces ____</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalización/Residencial, # de veces ____</p>			
¿Por qué se fue del tratamiento?		¿Ha asistido alguna vez a un programa de 12 pasos? <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> NA	
<p>¿Existe alguna otra conducta adictiva que a usted u otras personas le preocupe? (comida, juegos de azar, ejercicio, sexo, etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó, por favor describa:</i></p>			
¿ <u>Actualmente</u> está en algún tratamiento asistido con medicamentos?			<i>Si contestó sí, indique fecha de inicio:</i>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Suboxone	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Metadona	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Naltrexona	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Otro:	Dosis:	Proveedor:	Teléfono:

Tipo de Seguro Médico (*Marque todas las que apliquen*):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Mass Health | <input type="checkbox"/> Medicare (sobre 65 años o incapacitado) |
| <input type="checkbox"/> OT-subsidio del Estado (p. e.j. Commonwealth Care, Health Safety Net) | <input type="checkbox"/> HMO (seguro privado pagado por el empleador o el cliente) |
| <input type="checkbox"/> No tiene seguro | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente | |

Compañía Seguro: _____

Nombre de póliza: _____

Póliza: _____ # Grupo: _____ Fecha de inicio: _____

¿Tiene algún seguro? Sí No *Si contestó sí, indique la información sobre el seguro:*

Compañía Seguro: _____

Nombre de póliza: _____

Póliza: _____ # Grupo: _____ Fecha de inicio: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA:

Fuentes de Ingreso (*Marque todas las que apliquen*):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salario/Jornal | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos | <input type="checkbox"/> Manutención hijos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia-pública general | <input type="checkbox"/> Asistencia pública-AFDC | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Ingreso efectivo |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad-SSI | <input type="checkbox"/> Discapacidad-SSDI | <input type="checkbox"/> Discapacidad-Veteranos | <input type="checkbox"/> Discapacidad-Privado |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Ingreso Total del Cliente: _____ Frecuencia del ingreso: Semanal Quincenal Mensual Anual

NOTAS Y COMENTARIOS ADICIONALES:

Firma del cliente:

Fecha:

Firma del entrevistador:

Fecha:

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Fecha en que se recibió el referido:	Fecha del primer contacto:	Número de registro:
¿Se coordinó entrevista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si se coordinó, ¿qué tipo de entrevista? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> En persona	
Si no se coordinó, ¿por qué?		
Firma del director: _____		Fecha: _____

PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN ÚNICAMENTE

¿Programar admisión? Sí No
Si no, elija el motivo: Más información requerida Requiere reunión presencial
 No es apropiado para nuestro nivel de atención.

Próximos pasos: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____