



Bienvenidos

Para servirle mejor, por favor complete este cuestionario.

1. Fecha de Hoy: _____		
2. Nombre Completo: _____		3. También conocido como (alias): <input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No
4. Fecha de Nacimiento: _____		
5. Dirección:		
Número y Calle/Apt # _____	Ciudad: _____	Estado/Código Postal: _____
6. Teléfono: _____		7. Correo Electrónico: _____
8. Diagnóstico Formal: _____		
9. Sustancia de elección actual o pasada: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana Otro: _____		Fecha de la primera sustancia utilizada: _____
		Fecha del último uso: _____
10. Información de Referencia		
Motivo de referencia: _____		
Fuente de la referencia: <input type="checkbox"/> Autorreferencia <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<i>Si seleccionó proveedor, por favor indique:</i>		
Nombre: _____ Organización: _____ Teléfono: _____ Correo: _____		
11. Información de Seguro Médico (<i>Seleccione todas las que apliquen</i>):		
<input type="checkbox"/> No tiene seguro <input type="checkbox"/> Medicaid/Mass Health <input type="checkbox"/> Medicare		
<input type="checkbox"/> Solicitud pendiente <input type="checkbox"/> Seguro privado Otro: _____		
<input type="checkbox"/> OT- Subsidio del Estado (<i>e.j. Commonwealth Care, Health Safety Net</i>)		
Compañía Seguro: _____		Nombre de la Póliza: _____
# Póliza: _____	# Grupo: _____	Fecha de Inicio: _____