



ADULT INTAKE

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

INFORMACION DEL CLIENTE

FECHA _____

Nombre		Segundo nombre		Apellido		
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal	Condado
Teléfono (Casa)		Celular		Teléfono (Trabajo)		
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro			Idioma de Preferencia:	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Rehusó informar <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Más de 1 raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca					Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Rehusó informar	

INFORMACION DEL SEGURO (Se requiere copia(s) de la(s) tarjeta(s) del asegurado)

Nombre del Seguro Primario:		Nombre del Seguro Secundario:	
Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento	Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento
Dirección del Suscriptor		Dirección del Suscriptor	
# de Teléfono del Suscriptor		# de Teléfono del Suscriptor	
Relación con el Cliente Asegurado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> si mismo		Relación con el Cliente Asegurado <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> si mismo	
# de ID del Suscriptor	# de ID del Grupo	# de ID del Suscriptor	# de ID del Grupo

Contacto de emergencia o riesgo inminente:

Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación: _____

¿Cómo supo de nosotros? ___ La Sección Amarilla ___ Abogado: _____
 ___ Amigo/Cliente ___ Doctor: _____
 ___ Internet ___ Otra agencia: _____
 ___ Orden de la corte ___ Otra: _____

Crossroads ofrece recordatorios para su consulta. Marque todas las formas en las que le gustaría recibir un recordatorio.

Que le llamen # de Teléfono: _____
 Mensaje de Texto # de Teléfono: _____
 Correo Electrónico Dirección de Email: _____



ADULT INTAKE

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Individuos que participan en la evaluación: _____

Empleo/ Educación

Estado laboral Empleado Amo (a) de casa Estudiante
 Desempleado Discapacitado Militar

Empleador _____ Tiempo completo Medio tiempo
 Puesto / Ocupación _____

Nivel más alto de educación completado _____

Si es estudiante, nombre de la escuela _____

Curso o carrera _____

Información del Hogar

Estado actual de su relación significativa:

Soltero(a) Separado(a) Viviendo juntos Saliendo con alguien Otro
 Casado(a) Divorciado(a) Pareja Viudo(a)

Escriba el nombre de todos los miembros en su hogar:

Nombre	Su relación con usted	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Quién lo/la crió? _____

Nombre de los miembros significativos de su familia que no vivan con Ud. (padres, hermanos(as), abuelos, cuidadores, etc.)

Nombre	Relación	¿Aún viven?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información Social

Preferencia espiritual _____

Haga una lista de cualquier sistema de apoyo: _____

Pasatiempos y actividades en la comunidad: _____



ADULT INTAKE

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Historial Médico ¿Ha experimentado usted lo siguiente? (Si su respuesta es sí, explique.)

___ Trauma de la niñez _____

___ Trauma de adulto _____

___ Enfermedades, lesiones, cirugías severas _____

___ Alergias (alimentos, medicamentos, sustancias) _____

___ Problemas médicos crónicos _____

___ Historial médico familiar significativo _____

___ Historial de abuso de sustancias familiar significativo _____

___ Historial de salud mental familiar significativa _____

___ Un diagnóstico previo de salud mental _____

___ Un diagnóstico previo de un desorden del desarrollo _____

Médico cabecero _____

Medicamentos que actual toma

Nombre	Dosis
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre de la farmacia _____ # de Teléfono _____

Dirección _____

Historial de Uso de Sustancias

Alcohol _____

Drogas Ilícitas _____

Medicamentos con receta _____

Fumador No fumador Fumador Exfumador Derivados del tabaco

Otras _____

Involucramiento Legal

Haga una lista de cualquier cargo penal/arresto/condena: _____

Historial de Tratamiento de Salud Mental

Haga una lista de todo tratamiento de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias u hospitalizaciones

Lugar/Terapeuta	Propósito	Actual	En el pasado
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



ADULT INTAKE

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Respuesta al Tratamiento: _____

Otros servicios/relación con agencias en los últimos seis meses:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección del Menor | <input type="checkbox"/> Sistema Tribunal | <input type="checkbox"/> Salud Mental ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Otros Servicios con DSS | <input type="checkbox"/> Incapacitación/Seguro Social | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias Ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Terapia Física/Ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia del Habla | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Enfoque del Tratamiento Actual

¿Cuál es el motivo de su visita hoy?

¿Qué tipo de servicio busca?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia Individual | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Educativa |
| <input type="checkbox"/> Terapia Familiar | <input type="checkbox"/> Servicios Psiquiátricos o Administración de Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Terapia de Pareja | <input type="checkbox"/> Otro (explique): _____ |

Yo quisiera/Nosotros quisiéramos tratar lo siguiente (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi humor o estado emocional (depresión, ansiedad, ira, enojo, etc.) | <input type="checkbox"/> Preocupación por su físico, el comer, o el sueño |
| <input type="checkbox"/> Mi comportamiento / elecciones | <input type="checkbox"/> Relaciones con mi familia o compañeros |
| <input type="checkbox"/> Mi rendimiento cognitivo / mental | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Escuela / rendimiento académico | <input type="checkbox"/> Congoja / Pérdida |
| <input type="checkbox"/> Cómo ser padre / madre | <input type="checkbox"/> Problemas en el lugar de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Historial de abuso, negligencia, o trauma | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adaptación a una cultura nueva | |



ADULT INTAKE

Usar solo para referencia. Escribir sus respuestas en los documentos inglés.

Nombre: _____
Fecha Nacim: _____
#Archivo: _____
#Seguro/MID: _____
#Seguro/MID: _____

Evaluación para Adultos: Marque todas las que se apliquen a usted en este momento.

Indique preocupaciones del pasado con la letra "P".

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Lastimando a los demás | <input type="checkbox"/> Hiperactivo(a) |
| <input type="checkbox"/> Estado depresivo | <input type="checkbox"/> Mintiendo | <input type="checkbox"/> Problemas de atención |
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Robando | <input type="checkbox"/> Preocuparse todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Habla o pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Destruyendo propiedad | <input type="checkbox"/> Impulsivo (a) |
| <input type="checkbox"/> Obsesiones/Compulsiones | <input type="checkbox"/> Desafiando | <input type="checkbox"/> Baja autoestima |
| <input type="checkbox"/> Temores o fobias excesivos | <input type="checkbox"/> Culpando a los demás por mis errores | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Estados disociativos | <input type="checkbox"/> Molesto(a) / resentido(a) | <input type="checkbox"/> Intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Sensible/irritable | <input type="checkbox"/> Falta de consciencia | <input type="checkbox"/> El lastimarme daño |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Comportamiento extraño | <input type="checkbox"/> Actuando sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Pegajoso(a) | <input type="checkbox"/> Pornografía |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia o enuresis nocturna | <input type="checkbox"/> Ansiedad de separación | <input type="checkbox"/> Dificultad al cambio |
| <input type="checkbox"/> Ira o "crisis" | <input type="checkbox"/> Pareciendo sobre reaccionar | <input type="checkbox"/> Necesito de una rutina |
| <input type="checkbox"/> Estilos de paternidad diferentes | <input type="checkbox"/> Sintiendo abrumado | <input type="checkbox"/> Cambios de humor inexplicables |
| <input type="checkbox"/> Problemas conyugales/parentales | <input type="checkbox"/> Argumentativo(a) | <input type="checkbox"/> Escapando/huyendo |
| <input type="checkbox"/> Historia de adopción/tutela temporal | <input type="checkbox"/> La vida ha sido inestable | <input type="checkbox"/> El molestar a los demás a propósito |
| <input type="checkbox"/> Demasiados malestares físicos | <input type="checkbox"/> Cambios de vida pendientes | <input type="checkbox"/> El tomar riesgos excesivos |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Ajustes culturales | <input type="checkbox"/> El sufrir discriminación |
| <input type="checkbox"/> Adicciones | <input type="checkbox"/> Pérdida debido a la muerte | <input type="checkbox"/> Pérdida debido a otro |

Por favor, use el espacio siguiente para decirnos lo que quiera que sepamos de usted para ayudarnos a darle un mejor servicio:

Yo certifico que la información declarada en este documento es correcta según lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Cliente

Fecha