



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"/> Rehuso 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"/> Rehuso 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"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Niño(a) <input type="checkbox"/> si mismo | | Relación con el Cliente Asegurado <input type="checkbox"/> Esposo(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
- Amigo/Cliente
- Internet
- Orden de la corte

- Abogado: _____
- Doctor: _____
- Otra agencia: _____
- 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 cabecera _____

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 substancias 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 conciencia | <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