

FORMULARIO DE ADMISIÓN al Community Reach Center

ETAPA # _____ MRN# _____

Apellido del cliente	Nombre	Inicial.	Fecha de admisión ____/____/____
----------------------	--------	----------	-------------------------------------

Calle y número	Apt. No.	Teléfono de casa
----------------	----------	------------------

Ciudad ____/____/____	Estado ____ - ____ - ____	Código Postal	Fecha de nacimiento
Número de Seguro Social			

Empleador/ Escuela	Dirección	Ocupación (o grado en la escuela)
--------------------	-----------	-----------------------------------

¿Es usted español/hispano/latino?

- Hispano – Mexicano
- Hispano – Cubano
- Hispano – Puertorriqueño
- Hispano – otro

Grupo étnico

- Indio Americano/ nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Nativo de Hawaii/ de una isla del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Prefiero no contestar

Sexo

- Masculino
- Femenino

¿El problema subsistió por un año o más?

- Sí
- No

¿Es usted veterano o militar activo?

- Sí
- No

Estado civil

- Nunca me casé
- Casado(a)
- Casado, separado
- Viudo(a)
- Divorciado(a)

Orientación sexual

- Heterosexual
- Gay/Lesbiana
- Bisexual
- Prefiero no contestar

¿Está usted embarazada?

- Sí
- No

Años de educación _____

Servicios anteriores de salud mental

- Atención de paciente externo
- Otra atención de 24 horas
- Atención parcial
- Atención a paciente interno

Actualmente (Marque si Sí)

- ¿Se está atendiendo a alguien de su familia en nuestras oficinas??
- ¿Ha estado usted o alguien de su familia antes en nuestras oficinas?

Personas con las que vive

- (Marque todas las que se apliquen)
- Solo
 - Custodio legal
 - Padres adoptivos
 - Madre
 - Padre
 - Compañero(a)/Pareja
 - Esposo(a)
 - Hermano(s)
 - Hijo/hijos
 - Familiar(es)
 - Persona no relacionada

Otros miembros de la familia en la casa

Nombre	Fecha de nac. o edad	Sexo (M o F)	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En caso de emergencia, llamar a:

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____

¿Le parece bien que: (Marque todo lo que se aplique)

- le llamemos a su casa? le llamemos a su trabajo? le dejemos un mensaje en su trabajo?
- le mandemos información por correo? le dejemos un mensaje en su casa?

Nuestro centro le da la principal importancia a la atención de salud mental de alta calidad. Periódicamente nos comunicamos con algunos de nuestros clientes para verificar que reciben la ayuda que necesitan y si están satisfechos con nuestro servicio.

¿Desea usted participar en encuestas relacionadas con su satisfacción con los servicios del Centro? Sí No

Hago constar que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del cliente o de la persona responsable del cliente

Fecha

County Code
Chart Location Code