



Nombre: _____ Fecha: _____

¿Cómo escuchó de nosotros? _____

Para pacientes menores de 15 años o adultos que no son sus propios guardianes

¿Qué tipo de custodia tiene el padre/guardián legal? Completa _____ Compartida _____ No está seguro _____

Otro (temporal, poder legal, poder de atención medica): _____

Para padres con custodia compartida, el consentimiento de ambos padres es requerido.

Padre/Guardián 1: _____ Tel #: _____ Padre/Guardián 2: _____ Tel #: _____

Por Favor describa brevemente la razón por la cual está aquí:

¿Ha usado alcohol o drogas en las últimas 24 horas (incluyendo marihuana)? Sí _____ No _____

Si respondió si, por favor indique que sustancia(s) y la hora en la que la utilizo por última vez:

Marque si usted tiene alguno de los siguientes:

- Pensamientos activos de suicidarse
- Pensamientos de lastimar/matar a otra persona/otras personas

Marque los servicios de interés:

- Terapia Individual
- Medicamentos
- Evaluación de periodo probatorio
- Terapia de Grupo
- Recursos para vivienda, comida, refugio
- Otro: _____
- Tratamiento de Droga/Alcohol
- Hospitalización reciente de Salud Mental

¿Tiene alguna terapeuta o consejera? Sí _____ No _____

Si respondió si, por favor escribe el nombre y la razón porque están tratando?: _____

No se les recetará medicamentos en la evaluación inicial. Citas para medicamentos pueden tomar hasta 30 días. Si necesita medicamentos, puede ir a su médico primario.

El personal clínico no supervisa esta forma. No es la intención de la intervención en crisis.

Si está experimentando una crisis de salud mental, llame a los <https://serviciosdecrisisencolorado.com/> para recibir asistencia las 24 horas: (844) 493-8255 (TALK) o llame al 911 para obtener asistencia de emergencia.