

**Harrisonburg-Rockingham Community Services Board**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS**

**INFORMACION DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre anterior \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido(s)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Origen Hispano: \_\_\_\_\_

En caso de ser menor de edad, nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

¿Ha venido antes al CSB? \_\_\_\_\_ ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Está usted estudiando la Universidad? \_\_\_\_\_ ¿en dónde? \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la persona que podemos contactar en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ teléfono

\_\_\_\_\_ relación con usted

**INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:**

¿Tiene algún tipo de **Medicaid**?  sí  no ¿**Medicare**?  sí  no

¿Algún otro seguro médico?  sí  no ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_

Titular del seguro: \_\_\_\_\_ Relación con cliente: \_\_\_\_\_

# de grupo: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del titular: \_\_\_\_\_

**DETALLES CON RESPECTO A SOLICITUD:**

¿Ha sido referido(a) al CSB? \_\_\_\_\_ ¿Por quién? \_\_\_\_\_

Razón por la que está solicitando servicios: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de sustancias o salud mental?  sí  no

Identifique dónde y cuándo: \_\_\_\_\_

H-R CSB Solicitud de Servicios

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

¿Está usted tomando medicamentos?  sí  no Identifique los medicamentos en el espacio proporcionado.

Medicamento	Dosis	Inicio	Doctor(a)

¿Tiene alergia a algún medicamento o comida?  sí  no Por favor, identifique sus alergias en el espacio proporcionado.

Medicamento, comida, etc.	¿Es Severo? Si o No	Reacción

¿Ha usado o actualmente usa alcohol o drogas?  sí  no Identifique los tipos de alcohol y/o drogas en el espacio proporcionado.

Tipo	Frecuencia	Cantidad	Fecha de ultimo uso	Método de uso

¿Desea usted obtener servicios para el abuso de sustancias?  sí  no

¿Está embarazada?  sí  no

¿Alguna vez ha intentado suicidarse o causarse daño a si mismo(a) o a alguna otra persona?  sí  no

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Por favor describa algún otro u otros problemas por los que necesitan atención inmediata. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Información sobre el Cliente

Por favor ponga una X al lado de las descripciones que le apliquen a su persona.

#### Problemas de Humor

- Me siento sin ánimo o triste  
 Me siento nervioso(a) o ansioso(a) frecuentemente  
 Ataques de pánico

#### Problemas en Relaciones

- Tengo conflictos con gente importante en mi vida  
 Me siento solo(a) frecuentemente  
 Tengo problemas con mis compañeros de trabajo  
 He sufrido una pérdida de relación o muerte

#### Problemas con Abuso de Sustancias

- Creo que tengo problemas con alcohol y/o drogas  
 Otra persona piensa que tengo problemas con alcohol y/o drogas  
 Necesito empezar un programa para combatir problemas con alcohol y/o drogas

#### Problemas de Seguridad

- Escucho voces o veo cosas que otros no escuchan o ven  
 Estoy dañándome o tengo miedo de que me vaya a hacer daño  
 Estoy pensando en suicidarme  
 Estoy pensando en hacerle daño a otra persona  
 Me encuentro en una situación que es peligrosa o insalubre

#### Problemas en la vida cotidiana

- Tengo problemas manejando mis finanzas  
 Tengo problemas de vivienda.  
 Tengo problemas en mi funcionamiento de vida cotidiana o rutina diaria.

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

(En caso de que el cliente sea menor de edad, firma del padre/madre/tutor)