



Harrisonburg-Rockingham CSB Servicios de adultos

Gracias por expresar interés en recibir servicios de salud mental y / o abuso de sustancias del CSB de Harrisonburg-Rockingham.

Por favor complete los siguientes formularios adjuntos:

- 1) Información inicial de admisión
- 2) Solicitud de servicio
- 3) Historial médico

Los clientes mayores de 18 años pueden acudir a una cita ambulatoria de evaluación inicial, con estos formularios completados, al 1241 North Main Street, Harrisonburg, VA 22802. Las evaluaciones iniciales de adultos se realizan los lunes, miércoles y viernes de 8:00 am a 2:30 pm. La cita de evaluación inicial suele tardar entre 2 a 2.5 horas.

Después de la evaluación inicial, muchos clientes adultos serán referidos a terapia grupal semanal o a servicios de manejo de casos. Algunos clientes pueden ser referidos a nuestro psiquiatra o enfermera practicante y se les puede recetar medicamento. Los servicios de administración de medicamentos solo están disponibles para los clientes que participan en otros servicios del CSB. La terapia y el manejo de casos también están disponibles para niños.

Los adultos que reciben servicios de terapia generalmente no podrán continuar recibiendo medicamentos a través del CSB una vez que hayan completado su terapia. El personal estará disponible para ayudar con la transición a otros proveedores de medicamentos en la comunidad. Las personas que reciben servicios de manejo de casos pueden recibir administración de medicamentos a largo plazo.



Información Inicial De Primera Cita

Información De Identificación:

Nombre: _____ Nombre anterior/de soltera: _____
Nombre Segundo nombre Apellido(s)

Dirección de Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Sexo (circulé) Masculino/ Femenino

Si desea ayuda o fue referido por problemas de uso de sustancias:

- esta usted actualmente embarazada? ___Si ___No ___N/A
- esta usted actualmente o alguna vez ha usado drogas inyectadas? ____Si ____No
- está usando opiáceos, ya sea recetados o tomando más de lo recetado, o opiáceos callejeros como la heroína? ____Si ____No

(Clerical: If any of the above 3 questions have been answered with a yes- enter Yes for SA Priority Population on the client profile).

Información de Contacto:

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Está bien enviar al correo electrónico? (marque) Sí No

Celular: _____ ¿Está bien llamar? (marque) Sí No

¿ Quiere recibir recordatorios de cita por texto?* (marque) Sí No

* Sólo en inglés/ Se aplican las tarifas estándares de mensajería de texto

Compañía de Celular (marque): Alltel AT&T/Cingular Boost Mobile Cricket/AIO Wireless Nexttel Sprint

Straight Talk (AT&T) Straight Talk (Verizon) T-Mobile US Cellular Verizon Virgin Mobile Otro: _____

Teléfono de Casa: _____ Esta bien llamar (marque) Sí No

Otro Teléfono: _____ Esta bien llamar (marque) Sí No

Teléfono de Trabajo: _____ Esta bien llamar (marque) Sí No

Nombre y dirección de alguien para contactar en caso de una emergencia:

Nombre	Dirección
Teléfono	Relación

Motivo / problema por el que busca servicios: _____

¿Alguna vez ha intentado suicidarse, lastimarse a sí mismo o a otra persona? ___SI ___NO

¿Si es así, hace cuánto tiempo? _____

Describa cualquier otra inquietud que pueda necesitar atención inmediata:

Información Demográfica *Por favor marque la opción más apropiada para lo siguiente:*

Raza

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Negra o Africana Americana |
| <input type="checkbox"/> India Americana | <input type="checkbox"/> Negra o Africana Americana y Blanca |
| <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska y Blanca | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska y Negra o Africana Americana | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Otra Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Asiática y Blanca | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o De las Islas del Pacifico |

Origen Hispano

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a | <input type="checkbox"/> Otro/a Hispano/a |
| <input type="checkbox"/> Mexicano/a | <input type="checkbox"/> No de Origen Hispano |
| <input type="checkbox"/> Cubano/a | <input type="checkbox"/> Hispano/a-Origen específico no identificado |

Estado Jurídico

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Voluntario (referido/a) | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento Ordenado: | |
| <input type="checkbox"/> Condición de probatorio | <input type="checkbox"/> Condición de diversión |
| <input type="checkbox"/> Condición de libertad provisional (parole) | <input type="checkbox"/> Libertad Condicional (NGRI) |
| <input type="checkbox"/> Involuntario Civil (MOT, Exámenes de competencia) | |

Recomendado por

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi mismo/a | <input type="checkbox"/> Médico privado _____ (Nombre) |
| <input type="checkbox"/> Familiar o Amigo/a | <input type="checkbox"/> Proveedor privado de salud mental ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios de desarrollo | <input type="checkbox"/> Proveedor del estado de salud mental ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Hospital del estado _____ (Nombre) |
| <input type="checkbox"/> Empleador/EAP | <input type="checkbox"/> Centro de entrenamiento del estado |
| <input type="checkbox"/> ASAP o Programa de DUI | <input type="checkbox"/> Proveedor de abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Policía o Sheriff/Aguacil | <input type="checkbox"/> Corte |
| <input type="checkbox"/> Institución Correccional Local | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud |
| <input type="checkbox"/> Institución Correccional Estatal | <input type="checkbox"/> Otro CSB _____ (Nombre) |
| <input type="checkbox"/> Probatorio ___Distrito 39 ___Svcs Judiciales ___Federal | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Libertad provisional (parole) | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales -TANF |
| <input type="checkbox"/> Otro referido de la comunidad _____ (Nombre) | <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales – non TANF |
| <input type="checkbox"/> Hospital privado _____ (Nombre) | <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia Juvenil |

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor regrese este formulario a la Recepcionista cuando lo termine

Solicitud De Servicios



Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Información De Seguro Médico:

¿Tiene algún tipo de **Medicaid**? ___SI ___NO **Medicare**? ___SI ___NO

¿Algún otro seguro médico? ___YES ___NO ¿Qué tipo? _____

Titular del seguro: _____ Relación: _____

De grupo: _____ # de póliza: _____

Empleador del titular: _____

Detalles Con Respecto A Su Solicitud:

¿Ha sido referido/a al CSB? ¿Por quién? _____

¿Está buscando servicios para el abuso de sustancias? ___SI ___NO

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de sustancias o salud mental? ___SI ___NO

¿Identifique donde y cuando? _____

¿Ha venido antes al CSB? ___SI ___NO Si marco **si**, ¿cuándo? _____

¿Está usted estudiando en la universidad? ___SI ___NO Si marco **si**, ¿cuándo? _____

Por favor describa algún otro u otros problemas por los que necesitan atención inmediata: _____

¿Está usted tomando medicamentos? ___SI ___NO Si marco **si**, por favor listar:

MEDICAMENTO	DOSIS	INICIO	DOCTOR/A

¿Tiene alergia a algún medicamento o comida? ___SI ___NO Si marco **si**, por favor listar:

Medicamento, comida, etc.	¿Es severo? SI o NO	Reacción

(Continuado al otro lado)

¿Ha usado o actualmente usa alcohol o drogas? __SI __NO Si marco si, por favor listar:

Tipo	Frecuencia?	Cantidad?	Fecha de ultimo uso	Método de uso

Información sobre Usted o Su hijo/a:

Por favor **marque** al lado de las descripciones que le apliquen a usted o si hijo/a.

Problemas de Humor:

- Sin animo o triste
- Nervioso/a o ansioso/a
- Ataques de pánico

Problemas en Relaciones:

- Conflicto con gente importante en mi vida
- Me siento solo/a frecuentemente
- Problemas con compañeros del trabajo
- Perdida de una relación o muerte

Problemas con el 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 de alcohol/drogas

Problemas de Seguridad:

- Escucho voces o veo cosas que otros no escuchan o ven
- Estoy dañándome o tengo miedo de que me vaya 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
- Es difícil para mí cuidar mi vida cotidiana y necesidades rutinarias

Firma: _____

Fecha: _____

Formulario de Historia Médica



El/la Cliente, Tutor, o Representante Legal Autorizado tiene que llenar este formulario

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene un doctor de cabecera? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, por favor dé el nombre del doctor y la clínica: _____

¿Tiene algunas quejas físicas, recientes o actualmente? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, por favor describa: _____

¿Tiene algunas condiciones crónicas como Diabetes, Presión Alta, Hepatitis C, etc...? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, por favor haga una lista: _____

¿Ha tenido algunas enfermedades serias en el pasado, heridas serias, o hospitalizaciones? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, por favor describa: _____

¿Alguna vez ha estado alrededor de, o ha tenido síntomas de tuberculosis (TB) como una fiebre de largo plazo, pérdida de peso sin explicación, un mal tos que duró más que dos semanas, o escupir sangre? ____ SI ____ NO

¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea positiva de la tuberculosis (TB)? ____ SI ____ NO

¿Está bajo tratamiento de un médico? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, por favor ponga el nombre del (los) médico(s) y su especialidad: _____

(Continúa en la espalda)

¿Tiene una enfermedad comunicable? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, por favor haga una lista: _____

¿Tiene alguna incapacidad o restricciones con actividades físicas? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, explique: _____

¿Tiene problemas significantes de comunicación? ____ SI ____ NO

Si contestó que sí, explique: _____

¿De las personas siguientes, tienen algunas una enfermedad seria o condición (es) crónica (s)?

Sus padres? __SI __ NO Si contestó si, describa: _____

Sus hermanos? __SI __ NO Si contestó si, describa: _____

Familiares que viven en su casa? __SI __ NO Si contestó sí, describa: _____

¿Tiene algo de su historia reproductiva o salud sexual relacionado con su petición de servicios? ____ SI ____ NO

Si contestó sí, describa: _____
