



Formulario de inscripción de consumidores para SummitStone Health Partners

Sírvase proporcionar la información siguiente (o complete para la persona o el menor de edad que solicita servicios)

Información personal:

Fecha de hoy: ___/___/___

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apodo: _____

Fecha de nacimiento del cliente: ___/___/___ N° de seguro social: ___-___-___

Sexo: Femenino Masculino

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Condado: _____ ¿Podemos enviarle cartas por correo? sí no

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Condado: _____

N° de teléfono: (____) _____ casa celular trabajo ¿Se puede dejar mensajes? sí no

Otro número: (____) _____ casa celular trabajo ¿Se puede dejar mensajes? sí no

Preferencia de comunicación: Correo electrónico Correo postal Teléfono particular Teléfono de trabajo

Teléfono celular No contactarme

Estado civil: Divorciado/a Casado/a Soltero/a Separado/a Viudo/a

Estado de residencia: Menor de 18 años Con presencia legal en EE. UU. Residente permanente Ciudadano de los Estados Unidos Ninguno de los anteriores

Etnia: (marque todas las que correspondan) Hispano/Latino Indígena americano/Nativo de Alaska

Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Blanco/Caucásico

Otro: _____

Idioma principal: _____

Condiciones actuales de vida: (marque todas las que correspondan) Solo Madre Padre Hermanos

Parientes (familiares) Padres de crianza Tutor Cónyuge Compañero/Pareja Hijos Persona(s) sin parentesco Sin hogar Vida dependiente en un entorno supervisado Vida dependiente con padres

Estado de empleo: Tiempo parcial Tiempo completo Discapacitado/a Estudiante Ama de casa Recluso

Militar Jubilado Sin empleo

¿Veterano del Ejército de los Estados Unidos? Sí No

Religión: _____ o Opto por no divulgar

Estado de fumador: Nunca fumé Ex-fumador Fumador empedernido de tabaco Fumador ligero de tabaco

Cantidad de años de educación completados (incluida la escuela primaria): _____

Título recibido: Diploma de la escuela secundaria/GED Algo de universidad Tecnicatura/Licenciatura

Maestría Doctorado

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____

N° de teléfono: (____) _____

Información sobre el padre/tutor: (Solo debe completarse si el cliente indicado más arriba es un dependiente o es menor de 18 años de edad)

Apellido: _____ Nombre: _____

N° de seguro social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

N° de teléfono: (____) _____ casa celular trabajo

¿Se puede dejar mensajes? sí no

¿Cuál es su relación con el cliente? Padre Tutor Madre Otro (sírvase especificar): _____

¿SummitStone tiene una copia de su certificado de custodia? Sí No

Información sobre el tratamiento:

Sírvase marcar todas las respuestas que describan sus necesidades actuales:

- ¿Necesita ayuda en caso de crisis? ¿Servicios de salud mental? ¿Servicios para recuperación de adicciones?
 Servicios de empleo Ayuda para encontrar recursos comunitarios

¿Alguna persona lo refirió para que reciba tratamiento? Sí No

¿Quién? _____

¿Necesita un tratamiento o evaluación dictaminados por un tribunal? Sí No

Si la respuesta es Sí, marque todas las respuestas siguientes que correspondan:

- Evaluación de salud mental Evaluación de drogas/alcohol
 Administración de la ira Otro: _____

Sírvase marcar todas las respuestas que se apliquen a su situación actual:

- Me siento amenazado/a por alguien/algo Tengo pensamientos relacionados con hacerme daño
 Tengo pensamientos relacionados con hacerles daño a otras personas

Cuestiones legales: Cantidad de arrestos en los últimos 30 días: _____

Cantidad de arrestos de conducción en estado de ebriedad en los últimos 30 días: _____

Lista de verificación de síntomas

Marque los síntomas actuales o los síntomas experimentados en las últimas dos semanas.

Lista de verificación de síntomas			
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Alucinaciones/Delirios	<input type="checkbox"/> Manía
<input type="checkbox"/> Pánico	<input type="checkbox"/> Conducta/Impulsos	<input type="checkbox"/> Abuso/Trauma	<input type="checkbox"/> Alimentación
<input type="checkbox"/> Aprendizaje/Atención	<input type="checkbox"/> Drogadicción/Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Dictaminado por un tribunal	
Ansiedad			
<input type="checkbox"/> Agitación		<input type="checkbox"/> Preocupaciones excesivas	
<input type="checkbox"/> Fatiga		<input type="checkbox"/> Irritabilidad	
<input type="checkbox"/> Concentración deficiente		<input type="checkbox"/> Inquietud	
<input type="checkbox"/> Perturbaciones del sueño		<input type="checkbox"/> Tensión	
<input type="checkbox"/> Episodios disociativos		<input type="checkbox"/> Fobias	

Delirios			
<input type="checkbox"/> Grandeza	<input type="checkbox"/> Religiosos	<input type="checkbox"/> Paranoia	
<input type="checkbox"/> Somáticos	<input type="checkbox"/> Persecutorios	<input type="checkbox"/> Autodesaprobación	
Alucinaciones			
<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Olfato	<input type="checkbox"/> Tacto	<input type="checkbox"/> Visual
Pánico			
<input type="checkbox"/> Palpitaciones cardiacas		<input type="checkbox"/> Falta de aire	
<input type="checkbox"/> Dolor torácico		<input type="checkbox"/> Náuseas	
<input type="checkbox"/> Mareos		<input type="checkbox"/> Escalofríos	
<input type="checkbox"/> Bochornos			
Depresión			
<input type="checkbox"/> Cambios en el sueño		<input type="checkbox"/> Ideaciones suicidas	
<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito		<input type="checkbox"/> Agitación	
<input type="checkbox"/> Retardo psicomotriz		<input type="checkbox"/> Autoestima disminuida	
<input type="checkbox"/> Fatiga		<input type="checkbox"/> Sentirse triste o abatido la mayoría de los días	
<input type="checkbox"/> Desesperanza		<input type="checkbox"/> No disfrutar de las cosas que antes disfrutaba	
<input type="checkbox"/> Cambios en el peso		<input type="checkbox"/> Culpa excesiva	
Manía			
<input type="checkbox"/> Grandeza		<input type="checkbox"/> Disminución del sueño	
<input type="checkbox"/> Habla apresurada		<input type="checkbox"/> Pensamientos atropellados	
<input type="checkbox"/> Incremento de la actividad		<input type="checkbox"/> Irritabilidad	
<input type="checkbox"/> Euforia		<input type="checkbox"/> Impulsividad	
<input type="checkbox"/> Conductas de alto riesgo			
Conducta/Impulsos			
<input type="checkbox"/> Agresión física	<input type="checkbox"/> Cuestiones de apego	<input type="checkbox"/> Daños a la propiedad	<input type="checkbox"/> Adicción al juego
<input type="checkbox"/> Jalarse el cabello	<input type="checkbox"/> Episodios de ira	<input type="checkbox"/> Robos	<input type="checkbox"/> Revoltoso/a
<input type="checkbox"/> Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Problemas legales	<input type="checkbox"/> Piromanía	<input type="checkbox"/> Alcoholismo/Drogadicción
Conducta/Control de los impulsos			
<input type="checkbox"/> Impulsos agresivos	<input type="checkbox"/> Hostilidad	<input type="checkbox"/> Desafiante	<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Gasto excesivo	<input type="checkbox"/> Agresión sexual	<input type="checkbox"/> Enuresis	<input type="checkbox"/> Encopresis
<input type="checkbox"/> Conductas de autolesión	<input type="checkbox"/> Gestos suicidas	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Conducta agresiva
Abuso/Trauma			
<input type="checkbox"/> Evitar estímulos asociados con el trauma		<input type="checkbox"/> Hiperexcitación	<input type="checkbox"/> Imágenes retrospectivas
Aprendizaje/Atención			
<input type="checkbox"/> Dificultad de lectura	<input type="checkbox"/> Demoras del desarrollo	<input type="checkbox"/> Ausentismo	

<input type="checkbox"/> Dificultad de escritura	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Dislexia
<input type="checkbox"/> Dificultad con las matemáticas	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Dificultad para reconocer letras
<input type="checkbox"/> Dificultad con la expresión verbal	<input type="checkbox"/> Atención deficiente	
Alimentación		
<input type="checkbox"/> Temor intenso de aumentar de peso	<input type="checkbox"/> Vómito inducido	<input type="checkbox"/> Ayuno
<input type="checkbox"/> Imagen corporal distorsionada	<input type="checkbox"/> Abuso de laxantes	<input type="checkbox"/> Glotonería compulsiva
<input type="checkbox"/> Ausencia de menstruación	<input type="checkbox"/> Abuso de diuréticos	<input type="checkbox"/> Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Atracones	<input type="checkbox"/> Ejercicios excesivos	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
Evaluación		
¿Ha consumido drogas o alcohol en el día de hoy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está consumiendo sustancias y tiene niños dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está en reclusión involuntaria por abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un historial de uso de drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Evaluación CAGE <i>sírvase responder si tiene 19 años de edad o más</i>		
¿Alguna vez sintió que debería reducir su consumo de alcohol y drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable debido a su consumo de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hubo personas que lo irritaron al criticarle acerca de su consumo de alcohol y drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez lo primero que hizo por la mañana ha sido consumir una bebida alcohólica o drogas para aplacar sus nervios o calmar una resaca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Evaluación CRAFFT <i>sírvase completar si tiene 18 años de edad o menos</i>		
¿Alguna vez ha estado en un automóvil conducido por alguien, incluso por usted mismo/a, que estaba drogado/ebrio o consumiendo dichas sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se olvida de las cosas que ha hecho al consumir drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez utiliza las drogas o el alcohol para relejarse, sentirse mejor consigo mismo/a o formar parte del grupo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su familia o amistades alguna vez le dicen que disminuya su consumo de drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consume drogas o alcohol estando solo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido problemas al consumir drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información médica

Estatura:	Peso:	Actualmente embarazada:
Médico de atención primaria:		
Teléfono:	Dirección:	
Fecha de la última visita:	Motivo de la última visita:	
Afecciones/problemas médicos/dentales actuales:		
Historial familiar – ¿el cliente o alguno de sus parientes consanguíneos han sufrido de lo siguiente?		
Cáncer <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Suicidios/Intentos de suicidio <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Enfermedad cardíaca/Apoplejía <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Ansiedad <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Diabetes <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Paranoia/Psicosis <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Otra enfermedad hormonal <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Depresión bipolar <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Historial de lesiones a la cabeza <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Depresión <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Enfermedad neurológica <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Alcoholismo <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	Drogadicción <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o	
¿Tiene usted una directiva anticipada (testamento en vida/poder legal médico duradero)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Autorizará (firmará una divulgación de información para) la comunicación con su proveedor de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está tomando alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Recetas <input type="checkbox"/> Auxiliares para dietas <input type="checkbox"/> Cafeína <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre <input type="checkbox"/> Hierbas o suplementos <input type="checkbox"/> Tabaco		

Ninguno

Medicamentos actuales:

Abilify

Lamictal

Zoloft

Seroquel

Clonazepam

Trazodona

Lamotrigina

Concentra

Carbonato de litio

Clozapina

Otro:

Alergias actuales no medicamentosas:

Alergias estacionales

Crustáceos

Picaduras de abejas

Moho

Gluten

Látex

Polen

Pastos

Nueces

Gatos

Otro:

Alergias a medicamentos:

Penicilina

Aspirina

Vicodin

Codeína

Ibuprofeno

Wellbutrin

Morfina

Lamictal

Amoxicilina

Haldol

Otro: