



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDORES

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

N.º ID del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información personal**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Identidad sexual:  Femenino  Masculino  Transgénero (FTM)  Transgénero (MTF)  No-binario

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

Condado: \_\_\_\_\_ ¿Podemos enviarle cartas por correo?  sí  no

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: (____) _____	<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Se pueden dejar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Otro número: (____) _____	<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Se pueden dejar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**Preferencia de comunicación:**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono particular  Teléfono de trabajo  Teléfono celular  
 No contactarme

**Idioma principal:** \_\_\_\_\_

**Etnia:**  Hispano cubana  Hispano mexicana  Hispano puertorriqueña  Hispana de otro tipo  No hispano

**Raza:** (marque todas las que correspondan)  Indígena americana/Nativa de Alaska  Asiática  
 Negra/Afroamericana  Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico  Blanca/Caucásica  Otra: \_\_\_\_\_

**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

**Estado de empleo:**  Tiempo parcial  Tiempo completo  Discapacitado/a  Estudiante  Amo/a de casa  
 Recluso  Militar  Jubilado/a  Sin empleo

**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 EE. UU.  Ninguno de los anteriores

**Religión:** \_\_\_\_\_ u  Opto por no divulgar



**Estado de fumador:**  Nunca fumé  Exfumador  Fumador empedernido de tabaco  Fumador ligero de tabaco

**Condiciones actuales de vida:** *(marque todas las que correspondan)*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solo                   | <input type="checkbox"/> Padres de crianza | <input type="checkbox"/> Persona(s) sin parentesco                  |
| <input type="checkbox"/> Madre                  | <input type="checkbox"/> Tutor             | <input type="checkbox"/> Sin hogar                                  |
| <input type="checkbox"/> Padre                  | <input type="checkbox"/> Cónyuge           | <input type="checkbox"/> Vida dependiente en un entorno supervisado |
| <input type="checkbox"/> Hermanos               | <input type="checkbox"/> Compañero/Pareja  | <input type="checkbox"/> Vida dependiente con padres                |
| <input type="checkbox"/> Parientes (familiares) | <input type="checkbox"/> Hijos             |   |

**¿Veterano del Ejército de los Estados Unidos?**  Sí  No

**Rama** \_\_\_\_\_

**Persona de contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **N.º de teléfono:** \_\_\_\_\_

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

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **N.º de seguro social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: (____) _____	<input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo
¿Se pueden dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Se pueden dejar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

**¿Cuál es su relación con el cliente?**  Padre  Guardián  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:**

- Ayuda en caso de crisis  Servicios de salud mental  Servicios para recuperación de adicciones  
 Servicios de empleo  Ayuda para encontrar recursos comunitarios  Otro: \_\_\_\_\_

**¿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  Control de la ira  
 Evaluación de drogas/alcohol  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 2 semanas.

### **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**

- Audición    Olfato    Tacto    Visual

### **Pánico**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones cardíacas | <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               |  |

### **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"/> Drogadicción/Alcoholismo |
| <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**

- Evitar estímulos asociados con el trauma  
 Hiperexcitación  
 Imágenes retrospectivas

### **Aprendizaje/Atención**

- Dificultad de escritura  
 Dificultad de lectura  
 Dificultad con las matemáticas  
 Dificultad con la expresión verbal  
 Demoras del desarrollo  
 Discapacidad del desarrollo  
 Hiperactividad  
 Atención deficiente  
 Ausentismo  
 Dislexia  
 Dificultad para reconocer letras

### **Depresión**

- Cambios en el sueño  
 Cambios en el apetito  
 Retardo psicomotriz  
 Fatiga  
 Desesperanza  
 Cambios en el peso  
 Ideaciones suicidas  
 Agitación  
 Autoestima disminuida  
 Sentirse triste o abatido la mayoría de los días  
 No disfrutar de las cosas que antes disfrutaba  
 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   |  |

### **Alimentación**

- Temor intenso de aumentar de peso  
 Imagen corporal distorsionada  
 Ausencia de menstruación  
 Atracones  
 Vómito inducido  
 Abuso de laxantes  
 Abuso de diuréticos  
 Ejercicios excesivos  
 Ayuno  
 Glotonería compulsiva  
 Aumento de peso  
 Pérdida de peso



## Evaluación

¿Ha consumido drogas o alcohol en el día de hoy?

Sí  No

¿Está consumiendo sustancias y tiene niños dependientes?

Sí  No

¿Está en reclusión involuntaria por abuso de sustancias?

Sí  No

¿Tiene un historial de uso de drogas intravenosas?

Sí  No

**Sírvase responder si tiene 19 años de edad o más**

## Evaluación CAGE

¿Alguna vez sintió que debería reducir su consumo de alcohol y drogas?

Sí  No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable debido a su consumo de alcohol o drogas?

Sí  No

¿Hubo personas que lo irritaron al criticarle acerca de su consumo de alcohol y drogas?

Sí  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?

Sí  No

**Sírvase completar esta evaluación CRAFFT si tiene 18 años de edad o menos**

## Evaluación CRAFFT

¿Alguna vez ha estado en un AUTOMÓVIL conducido por alguien, incluso por usted mismo/a, que estaba drogado/ebrio o consumiendo dichas sustancias?

Sí  No

¿Alguna vez se OLVIDA de las cosas que ha hecho al consumir drogas o alcohol?

Sí  No

¿Alguna vez ha utilizado las drogas o el alcohol para RELEJARSE, sentirse mejor consigo mismo/a o formar parte del grupo?

Sí  No

¿Su FAMILIA o AMISTADES alguna vez le dicen que disminuya su consumo de drogas o alcohol?

Sí  No

¿Consumo drogas o alcohol estando SOLO/A?

Sí  No

¿Alguna vez se ha metido en PROBLEMAS al consumir drogas o alcohol?

Sí  No

Estatura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

¿Está actualmente embarazada?

Sí  No

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Número de 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**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Enfermedad cardíaca/Apoplejía**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Diabetes**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Problemas de tiroides**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Otra enfermedad hormonal**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Historial de lesiones a la cabeza**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Enfermedad neurológica**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Epilepsia/Convulsiones**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Suicidios/Intentos de suicidio**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Ansiedad**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Paranoia/Psicosis**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Esquizofrenia**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Depresión bipolar**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Depresión**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Alcoholismo**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**Drogadicción**

- Cliente                       Madre                       Padre  
 Hermano/a                       Abuelo/a                       Tía/o

**¿Tiene usted una directiva anticipada (testamento en vida/poder legal médico duradero)?**

- Sí  No

**¿Autorizará (firmará una divulgación de información para) la comunicación con su proveedor de atención primaria?**

- Sí  No



**¿Está tomando alguno de los siguientes?**

- Medicamentos con receta
- Auxiliares para dietas
- Cafeína
- Medicamentos de venta libre
- Hierbas o suplementos
- Tabaco
- Ninguno

**Medicamentos actuales:**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Abilify    | <input type="checkbox"/> Trazodona          |
| <input type="checkbox"/> Lamictal   | <input type="checkbox"/> Lamotrigina        |
| <input type="checkbox"/> Zoloft     | <input type="checkbox"/> Concerta           |
| <input type="checkbox"/> Seroquel   | <input type="checkbox"/> Carbonato de litio |
| <input type="checkbox"/> Clonazepam | <input type="checkbox"/> Clozapina          |
| <input type="checkbox"/> Ninguno    | <input type="checkbox"/>                    |

**Otros medicamentos actuales**

**Alergias actuales no medicamentosas: (marque todas las opciones que correspondan)**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Látex  |
| <input type="checkbox"/> Crustáceos            | <input type="checkbox"/> Polen  |
| <input type="checkbox"/> Picaduras de abejas   | <input type="checkbox"/> Pastos |
| <input type="checkbox"/> Moho                  | <input type="checkbox"/> Nueces |
| <input type="checkbox"/> Gluten                | <input type="checkbox"/> Gatos  |

**Otras alergias actuales no medicamentosas:**

**Marque las alergias a medicamentos:**

- 
- |                                     |                                     |                                   |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína    | <input type="checkbox"/> Morfina  | <input type="checkbox"/> Amoxicilina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno | <input type="checkbox"/> Lamictal | <input type="checkbox"/> Haldol      |
| <input type="checkbox"/> Vicodin    | <input type="checkbox"/> Wellburtin |                                   |                                      |

**Otras alergias a medicamentos:**