

Nombre y apellidos del cliente _____

¿Cuál es el nombre que prefiere? _____

Sexo: Femenina Masculino Desconocido

Tipo de admisión: Primera admisión
 Readmisión
 El mismo día se abre/se Cierra
Sólo para uso de la oficina

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Número de Seguro social: _____ ¿Recibió una copia de los Derechos del Cliente? Sí No

Si tiene 21 años o menos, ¿quién tiene actualmente la custodia legal?

- No aplica
- Padre/Tutor
- Tanto el Departamento de Servicios Basados en la Comunidad como el Departamento de Justicia de Menores (DCBS y DJJ respectivamente, por sus siglas en inglés)
- Solo el Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS)
- Solo el Departamento de Justicia de Menores (DJJ)

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono móvil

¿Cuándo prefiere que le vean? _____

¿Cuál es su preferencia en cuanto a la comunicación?

- Correo electrónico (sólo para propósitos de telesalud) Dirección de correo electrónico: _____
- Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono móvil
- Correo normal No contactar

Estado civil: Co-Habitando Divorciado Casado Separado Soltero - Nunca casado Viudo

¿Cuál es su idioma principal? _____

¿De origen hispano? No de origen hispano Mexicano Puertorriqueño Cubano Otro hispano

Identidad de sexo: Femenino Masculino Genderqueer/Género no binario Hombre Transgénero Mujer Transgénera
 No quiero divulgar Otro _____

Orientación sexual: Bisexual Opto por no divulgar Lesbiana o gay Queer o pansexual Cuestionando o no seguro/a
 Heterosexual

Condición de empleado:

- Jornada completa Jornada parcial Despedido/a Buscando empleo/Disponible En las Fuerzas Armadas Ama de casa
- Estudiante Jubilado/a Recluso/a de institución Menor de edad Discapacitado/a

Educación, El grado más alto que se completó en la escuela

- Preescolar/Head Start Kinder Grados 1-11 Graduado/a de la secundaria/GED 1 a 3 años de educación post-secundaria
- Un título universitario de 4 años 1-8 años de educación más allá de un título universitario de 4 años
- más de 8 años de educación más allá de un título universitario de 4 años

¿Cuál es su actual situación de vivienda?

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación para el alcoholismo y la drogadicción | <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes | <input type="checkbox"/> Cuidado de la familia en casa | <input type="checkbox"/> Casa de acogida | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel |
| <input type="checkbox"/> Centro privado de ICF/MR | <input type="checkbox"/> Centro estatal ICF/MR | <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión (federal) | <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión (local/estatal) | <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Viviendo en casa de los padres/tutores | <input type="checkbox"/> Residencia con personal | <input type="checkbox"/> Misión/Refugio | <input type="checkbox"/> Casa de cuidado personal | <input type="checkbox"/> Sin hogar |
| <input type="checkbox"/> Residencia privada | <input type="checkbox"/> Viviendo en la propia residencia con padres/tutores | <input type="checkbox"/> Viviendo en la residencia de un amigo | | |
| <input type="checkbox"/> Viviendo en una residencia propia | <input type="checkbox"/> Viviendo en la propia residencia de un miembro de la familia/no tutor | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |

Número de personas que viven en la casa, *incluyendo a usted*: _____

- Historia Militar:
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicio activo desplegado al combate | <input type="checkbox"/> Servicio activo desplegado al no combate | <input type="checkbox"/> Servicio activo no desplegado |
| <input type="checkbox"/> Sin servicio militar | <input type="checkbox"/> Servicio anterior desplegado al combate | <input type="checkbox"/> Servicio anterior no desplegado |
| <input type="checkbox"/> Servicio anterior desplegado al no combate | | |

Servicio militar de fecha: _____ a _____

¿Cuál es su raza?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano(/a)/de Alaska | <input type="checkbox"/> Indígena hawaiano(/a)/Isleño/a del Pacífico | <input type="checkbox"/> Asiáticos(/as) (incluidos los japoneses-americanos/as) |
| <input type="checkbox"/> Blanco(/a)/Caucásico/a | <input type="checkbox"/> Negro(/a)/Africano(/a)-Americano/a | |

¿Tiene hijos dependientes?

- Sí No

¿Está usted embarazada actualmente?

- Sí No Fecha probable de parto: _____

¿Está usted ahora o ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?

- Sí No

¿Participa usted actualmente con el DCBS?

- Sí No

¿Cómo fue que se le refirió usted a nosotros? *Favor de marcar 1 para el principal responsable de mandarle al especialista y 2 para otro responsable secundario.*

<input type="checkbox"/>	Mismo	<input type="checkbox"/>	Tribunal federal	<input type="checkbox"/>	Entidad legal reconocida	<input type="checkbox"/>	DCBS
<input type="checkbox"/>	Programa alternativo	<input type="checkbox"/>	Cuidado personal/Hogar de ancianos	<input type="checkbox"/>	Otro servicio de justicia penal	<input type="checkbox"/>	Médico
<input type="checkbox"/>	Dpto. de Justicia para Menores	<input type="checkbox"/>	Empleador	<input type="checkbox"/>	Escuelas/Centro de Recursos para la Familia	<input type="checkbox"/>	Proveedor de cuidado infantil
<input type="checkbox"/>	Centro de tratamiento de SUD - Estado	<input type="checkbox"/>	Policía	<input type="checkbox"/>	Centro de rehabilitación/Rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/>	Tribunal de Circuito o estatal
<input type="checkbox"/>	Hospital general	<input type="checkbox"/>	Tribunal de Drogas	<input type="checkbox"/>	Terapeuta privado	<input type="checkbox"/>	Universidad/Colegio
<input type="checkbox"/>	Psiquiatra privado	<input type="checkbox"/>	Centro de tratamiento de SUD - Privado	<input type="checkbox"/>	Familia/amigo	<input type="checkbox"/>	APRN privado
<input type="checkbox"/>	Servicios Sociales/Tutela estatal	<input type="checkbox"/>	Centro Comunitario de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	Hospital psiquiátrico financiado por el estado	<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	Condena condicional/libertad condicional	<input type="checkbox"/>	Clínica psiquiátrica privada	<input type="checkbox"/>	Centro de ICF/IDD - Estado		
<input type="checkbox"/>	Proceso formal de fallo judicial	<input type="checkbox"/>	Otro hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Centro de ICF/IDD - Privado		

¿Fue usted referido por una escuela:

- Sí No N/A Si es afirmativo, ¿qué escuela? _____

¿Recibió usted SSI, SSDI o TANF?

- No, no recibe ninguno
- Sí, solamente SSI
- Sí, solamente SSDI
- Sí, solamente TANF
- Sí, tanto TANF como SSDI

Fuente principal de ingresos

- Sueldo/Salario/Autónomo
- Ayuda pública
- Prestaciones de jubilación/Pensión
- Discapacidad
- Otras fuentes
- Sin ingresos/sin trabajo/desempleado

¿Ha tenido usted alguna vez una lesión en la cabeza que le haya dejado sin el conocimiento o que le haya dejado en el hospital por lo menos una noche? Sí No

¿Ha tenido usted alguna vez una crisis médica que haya resultado en una lesión cerebral? Sí No

¿Cuántas veces ha tenido usted una lesión en la cabeza que le ha llevado a quedarse sin el conocimiento o a quedarse en el hospital por lo menos una noche? _____

¿Le han vacunado usted contra la influenza en el último año? Sí No

¿Alguna vez usted se ha vacunado contra la neumonía? Sí No

¿Está usted actualmente en un programa de terapia de sustitución de opiáceos? Sí No

¿Hay algún miembro de su familia que esté buscando tratamiento para el abuso de alcohol o drogas? Sí No

¿Ha sido alguna vez usted usuario de drogas intravenosas (IV)/intramusculares (IM)? Sí No

¿Ha sido alguna vez usted víctima de violación, agresión sexual y/o abuso sexual? Sí No

¿Está buscando usted tratamiento como víctima de violación, agresión sexual y/o abuso sexual? Sí No

¿Ha sido alguna vez usted autor de una violación, un asalto sexual y/o un abuso sexual? Sí No

¿Actualmente está buscando usted tratamiento como autor de una violación, agresión sexual y/o abuso sexual? Sí No

¿Ha sido alguna vez usted autor de abusos domésticos? Sí No

¿Actualmente está buscando usted tratamiento como autor de abusos domésticos? Sí No

¿Es usted ciego o con impedimentos visuales? Sí No

¿Es usted sordo? Sí No

¿Tiene usted problemas auditivos? Sí No

¿Ha sido usted alguna vez usted víctima de abuso doméstico? Sí No

¿Actualmente está usted buscando tratamiento como víctima de abuso doméstico? Sí No

¿Alguna vez usted ha usado usted tabaco en su vida? Sí No

¿Es usted un actual consumidor de tabaco? Sí No

¿Está usted actualmente bajo la tutela del estado? Sí No

En el caso de personas entre 15 y 30 años, ¿ha comenzado recientemente usted a experimentar pensamientos o comportamientos inusuales y/o a escuchar/ver cosas

que otros no? Sí No N/A

¿Tiene usted alguna alergia o hipersensibilidad? Sí *Si es afirmativo, favor de indicar a continuación* No

Alergia o hipersensibilidad

¿Cuál es su reacción?

Fecha en que comenzó la alergia o la hipersensibilidad

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información de contacto de emergencia

Favor de indicar el nombre de un contacto de emergencia.

Nombre _____

Relación _____

Número de la casa _____

Número del trabaj _____

Información de los padres/tutores

Nombre del padre/tutor legal (apellido, nombre)
(obligatorio): _____

Relación del padre/tutor legal con el cliente: _____

Número de teléfono del padre/tutor legal: _____

Dirección del padre/tutor legal: _____

Si no está inscrito para votar en el lugar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar su inscripción para votar aquí hoy?

Sí NO NO, YA ESTOY INSCRITO

Si es afirmativo, vaya a <https://vrsws.sos.ky.gov/ovrweb/> para finalizar su inscripción.