

APLICACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS Time: _____
POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLE

SOLAMENTE complete la siguiente sección si esta aplicando para alguien que no sea usted.

Su Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino SSN: _____
(si ninguno, ponga 0)

Domicilio: _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Escuela (para niños/niñas menores) _____

Seguro Médico: **Si tiene seguro médico se requiere una copia de su tarjeta de seguro medico.**

Ninguno Seguro Privado Medicare Medicaid (Regular o Plan de Atención Administrada)

Fecha de nacimiento de suscriptor _____

Favor de seleccionar la razón por la cual usted esta solicitando servicios de salud mental. Escoja todos los que apliquen;
(Si los servicios son para un menor, por favor indique los problemas y preocupaciones que aplican a su hijo.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deprimido/Triste | <input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio recientes (últimos 3 meses) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Nervios/Miedo | |
| <input type="checkbox"/> Energía excesiva/Inquieto | |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos violentos que no puede controlar | <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacer daño a alguien (últimos 3 meses) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento | |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Agresividad/Golpear a Otros | |
| <input type="checkbox"/> Temas relacionados con el Autismo | |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos inusuales o no deseados | |
| <input type="checkbox"/> Escucha voces o ve cosas que otros no pueden ver | |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos repetitivos o acciones que no puede controlar | |
| <input type="checkbox"/> Piensa que las personas están en su contra | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de padres | <input type="checkbox"/> Participación de DCFS |
| <input type="checkbox"/> Problemas de matrimonio o relación | |
| <input type="checkbox"/> Problema con alcohol o drogas | |
| <input type="checkbox"/> Evaluación requerida por la corte | <input type="checkbox"/> Otro tipo de participación judicial |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas _____ | |

Favor de contarnos sobre su historia de tratamiento:

- No he tenido evaluación mental previa
 Actualmente estoy recibiendo tratamiento y quisiera seguir con el tratamiento
 Tratamiento previo En Family Service Otro Lugar Fecha visto anteriormente: _____

Favor de indicar cuales servicios piense que necesite:

- Terapia** - Reunir con un terapeuta regularmente para trabajar en los cambios en sus sentimientos y comportamiento
 Manejo de Medicamento - Tomar medicamento para controlar síntomas y reunirse regularmente con el psiquiatra.