

Intake and Screening

Información Demográfica de los Clientes

Fuente de la Derivación: (Si es obligatorio legalmente o por la agencia, consulta preguntas #1 & #2)
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Edad (Si es menor, confirmar progenitor biológico):
SSN/ID de seguro #:
Telesalud o En-persona?

- 1) ¿Hay algún asunto judicial o legal actual o pendiente (compensación laboral, demandas, custodia, divorcio, etc.)? (Y/N)
- 2) ¿Alguna agencia externa te exige que recibas terapia? Si es así, ¿se requiere un Clínico Licenciado? (Y/N)
- 3) ¿Estás actualmente o has estado alguna vez en el registro de delincuentes sexuales? (Código Penal de California 290)?
- 4) (Y/N) ¿Hay problemas actuales de abuso de alcohol o sustancias? ¿Es esta tu razón principal para buscar terapia? (Y/N)
- 5) ¿Eres cliente de BAART? (Y/N)
- 6) ¿Hay alguna preocupación respecto al peligro para ti mismo/para ti mismo o para otros? (Y/N)
- 7) ¿Has estado hospitalizado en un hospital psiquiátrico en los últimos 6 meses? (Y/N)
- 8) ¿Estás escuchando o viendo cosas fuera de lo común o que consideras preocupantes? (Y/N)
- 9) ¿Alguna vez te han diagnosticado un trastorno alimentario, comer poco o comer en exceso intencionalmente? (Y/N)
- 10) ¿Has estado involucrada en violencia doméstica en el último año? (Y/N)
- 11) ¿La persona que busca terapia es no verbal? (Y/N)

Intake and Screening

Mandato

Estamos obligados a atender a una clientela de Leves a Moderadas. Si tu terapeuta determina que el caso es demasiado grave para nuestro mandato, derivaremos al cliente a servicios alternativos.

Información Demográfica del Cliente (continuación)
Estado civil:
Raza/Etnicidad:
Género:
Pronombres preferidos:

Dirección actual/dirección postal:
Ciudad:
Código Postal:
Número de teléfono:
Correo electrónico:
Parejas
Nombre del socio:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Número de teléfono:

F

Miembro de la Familia

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código postal:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:

Intake and Screening

Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código postal:	Código postal:

Número de teléfono:	Número de teléfono:
---------------------	---------------------

Nombre:	Nombre:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código postal:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

Para Niños (si procede)

** ¿Eres tutor o padre biológico?

Preguntas sobre Guardian:

1) ¿Puedes proporcionar la documentación de tutela?

1. Sí: Informa que tendrán que proporcionar documentación antes de la primera sesión

1. No: No puedes obtener cita sin documentación

Nombre del guardián:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Teléfono:
Correo electrónico:

Preguntas para padres:

¿Tú y el progenitor biológico del cliente estáis actualmente legalmente casados??

¿Tú y el progenitor biológico del otro cliente habéis estado casados alguna vez??

Intake and Screening

¿Existen órdenes de custodia?

¿Está dispuesto el otro progenitor a consentir?

Información sobre los padres biológicos

Nombre del padre:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Teléfono:
Correo electrónico:

Nombre del padre:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Teléfono:
Correo electrónico:

Información de Contacto Médica

Nombre/Agencia del médico:
Número de teléfono:

Información Demográfica de Emergencia

Marca/modelo/matrícula del coche:
Teléfono del trabajo:
Dirección postal:
Empleador actual:

Intake and Screening

Formulario de Contacto de Emergencia para Clientes

Nombre:
Relación:
Dirección:
Teléfono (trabajo o móvil):
Empleador: