

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE ACCESO EL MISMO DÍA PARA ADULTOS

Nombre legal: _____ Nombre preferido: _____ Fecha: _____

DOB: _____ SSN: _____ Género de nacimiento: ☐ Masculino ☐ Hembra

Correo electrónico: _____ Identidad de género: _____

Raza: _____ Origen hispano: _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____ Teléfono celular: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono de la casa: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

¿Qué te trae hoy? _____

Servicios solicitados: ☐ Psiquiatría ☐ Gestión de casos ☐ Uso de sustancias ☐ Otro: _____

Referido por: ☐ DSS ☐ Tribunal ☐ Lo antes posible ☐ Familia/Amigo ☐ Hospital ☐ Otro/Relación: _____

Empleador: _____ ☐ Jornada completa ☐ Tiempo parcial ☐ No empleado

Nivel de educación: ☐ Graduado de la escuela secundaria / GED ☐ Algunos universitarios ☐ Graduado universitario ☐ Último grado completado: _____

Servicio militar: ☐ No ☐ Sí Rama: _____ Fechas de servicio: _____ Para _____

¿Tiene hijos dependientes: ☐ No ☐ Sí Edades: _____ ¿Estás embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No

Médico de atención primaria: _____ # de visitas a la sala de emergencias (últimos 6 meses): _____
(NOMBRE) (PRÁCTICA)

¿Ha sido ingresado recientemente en el hospital? ☐ No ☐ Sí: Nombre del hospital: _____

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ # CREÍBLE: _____

¿Fue su estadía en el hospital? ☐ Psiquiátrico ☐ Fecha de alta:
Médico _____

HISTORIA LEGAL:

¿Está actualmente en libertad condicional o libertad condicional? ☐ No ☐ Sí Nombre del oficial de libertad condicional o libertad condicional: _____

¿Ha sido arrestado en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene acceso a armas o armas de fuego? ☐ No ☐ Sí

Cargos legales actuales (enumere): _____

Condenas legales o encarcelamientos anteriores
(por favor enumere): _____

SÍNTOMAS/ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

Síntomas que está experimentando actualmente: _____

¿Alguna vez ha recibido o está recibiendo asesoramiento, terapia o viendo a un psiquiatra para el manejo de medicamentos? ☐
No ☐ Sí

En caso afirmativo, enumere los proveedores actuales o anteriores más recientes a continuación:

	Actual:	Pasado:
Terapia / Asesoramiento: _____	☐	☐
Psiquiatra / Práctica: _____	☐	☐
Tratamiento de atención primaria: _____	☐	☐

¿Alguna vez ha sido hospitalizado psiquiátricamente? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____

En caso afirmativo, enumere las últimas 3 hospitalizaciones psiquiátricas a continuación:

Fecha	Hospital	Motivo de admisión

HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS

¿Está consumiendo, abusando o abusando o sintiéndose dependiente de alguna sustancia actualmente, o en el pasado?

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ # CREÍBLE: _____

¿Fumas cigarrillos o vapeas nicotina? ☐ No ☐ Ex fumador ☐ Actual Cantidad por día: _____

¿Alguna vez ha participado en terapia, desintoxicación, IOP, tratamiento grupal o residencial para el uso de sustancias? ☐ No
☐ Sí

En caso afirmativo, enumere los proveedores actuales o anteriores más recientes a continuación:

Fechas	Proveedor	Tipo de tratamiento	Actual	Pasado

¿Hay algo que considere importante que sepamos sobre su historial de uso de sustancias?

HISTORIA CLÍNICA

<i>Medicamentos recetados actuales (médicos y psiquiátricos)</i>		
MEDICACIÓN	CONCENTRACIÓN Y DOSIS	PRESCRIPTOR
☐ MEDICAMENTOS ADICIONALES ENUMERADOS EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA		

PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES O QUEJAS FÍSICAS:

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ # CREÍBLE: _____

ALERGIAS A ALIMENTOS, MEDICAMENTOS U OTROS:		

¿Hay algo más que considere importante que sepamos antes de comenzar su evaluación?
