

FECHA: _____

CREÍBLE #: _____
(SOLO PARA USO DE OFICINA)



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE ACCESO EL MISMO DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre del niño: _____
PRIMERO MEDIO ÚLTIMO

Dirección: _____

Teléfono: _____ DOB: _____ SSN: _____

Raza: _____ Idioma preferido: _____

Origen hispano (si corresponde): _____

¿Quién tiene la custodia legal o la tutela del niño? _____

Asistencia a la escuela: __ Grado actual: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono celular: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono celular: _____

Estado civil de los padres:

No casado Casado / Pareja Separado Divorciado Viudo

Custodio (es) principal (es): _____

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

CREÍBLE #: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

¿Quién lo refirió para recibir servicios con Northwestern CSB?

Describe su razón para buscar tratamiento en este momento:

¿Su hijo está recibiendo tratamiento o asesoramiento por problemas de salud mental y/o uso de sustancias actualmente, o lo ha hecho alguna vez en el pasado?

No Sí (por favor explique): _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de atención primaria / pediatra actual: _____

Nombre de la práctica: _____ Teléfono: _____

Problemas médicos / quejas físicas (enumere a continuación):

Alergias a medicamentos, alimentos, otros:

Número de visitas a la sala de emergencias en los últimos seis meses: _____

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

CREÍBLE #: _____

Medicamentos recetados actualmente (médicos y psiquiátricos):

MEDICACIÓN	CONCENTRACIÓN Y DOSIS	PRESCRIPTOR

Consulte la lista de medicamentos adjunta Medicamentos adicionales enumerados en la parte posterior

HISTORIA LEGAL:

¿Su hijo ha sido arrestado en los últimos 30 días? Sí No

¿Su hijo está actualmente en libertad condicional ? Sí No

¿Su hijo tiene algún cargo legal actual? Sí (Lista a continuación) No

¿Su hijo tiene alguna condena legal pasada? Sí (Lista a continuación) No

¿Hay algo más que considere importante que sepamos antes de comenzar la admisión de su hijo?

¿Cuál es el seguro de su hijo?

(FIRMA)

(FECHA)

(NOMBRE IMPRESO)

(RELACIÓN CON EL NIÑO)