

# Hoja de Actualización Anual



Fecha de la cita:  Numero del paciente:  Fecha:

## Información del cliente:

**Nombre legal del cliente:** Apellido:  Nombre:  Segundo:

Nombre Elegido:  Fecha de nacimiento:  Apellido de soltera/soltero:

Sexo (en el momento de inscribirse en el plan):

- Hombre
- Mujer
- Otro

Género  Hombre  Mujer  No binario (ni hombre ni mujer)

Pronombre:

- Él
- Ella
- Otro

Pronombre:  El  Ella  Otra

Seguro social:

Ubicación de Options:  ▼

**Lengua primario:**  ¿Necesita un intérprete?  Idioma  Lenguaje de señas estadounidense (ASL)

## Dirección física:



**Dirección de correo:** La misma que la física  Si

  
  

Acepta que Options le envíe correo:  Si  No

**Dirección física alternativa:**

  
  

**Dirección de correo alternativa:** Acepta que Options le envíe correo?  SI

  
  

Acepta que Options le envíe correo:  Si  No

---

**Número de teléfono principal:**

**Nombre**  **Relación al cliente:**

**Tipo de teléfono:**  Hogar  Celular  Trabajo

**Acepta que Options se identifique:**  Si  No

**Acepta recibir mensajes de texto:**  Si  No

**Acepta recibir mensajes recordatorios de la cita por:**  Llamada  Texto

**Número de teléfono alternativo:**

**Nombre:**  **Relación al cliente:**

**Tipo de teléfono:**  Hogar  Celular  Trabajo

**Acepta que Options se identifique:**  Si  No

**Acepta recibir mensajes de texto:**  Si  No



**Número de teléfono del tutor Legal:**

**Nombre:**  **Relación al cliente:**

**Tipo de teléfono:**  Hogar  Celular  Trabajo

**Acepta que Options se identifique:**  Si  No

**Acepta recibir mensajes de texto:**  Si  No

**Acepta recibir correo desde Options?**  Si  No

**Dirección física:**

**Número de teléfono del tutor Legal:**

**Nombre:**  **Relación al cliente:**

**Tipo de teléfono:**  Hogar  Celular  Trabajo

**Acepta que Options se identifique:**  Si  No

**Acepta recibir mensajes de texto:**  Si  No

**Acepta recibir correo desde Options?**  Si  No

**Dirección física:**

**Número de teléfono del tutor del contacto de emergencia:**

**Nombre:**  **Relación al cliente:**

**Tipo de teléfono:**  Hogar  Celular  Trabajo

**Acepta que Options se identifique:**  Si  No

**Acepta recibir mensajes de texto:**  Si  No

---

**Sistema de asistencia al cliente:**

---

**Cónyuge/pareja:**  **Teléfono:**

**Otros residentes de la casa (hermanos, compañeros de casa):**

**Nombre/Relación al cliente:**  **Edad:**

**Nombre/Relación al cliente:**  **Edad:**

**Nombre/Relación al cliente:**  **Edad:**

**Nombre/Relación al cliente:**  **Edad:**



**Médico de atención primaria:**  **Teléfono:**

Nombre de la clínica:  Fax:

**Proveedor dental:**  **Teléfono:**

Nombre de la clínica:  Fax:

**Otras agencias, trabajadores sociales o proveedores de atención médica involucrados:**

**Nombre del contacto:**  **Teléfono:**

Agencia/programa:  Fax:

**Nombre del contacto:**  **Teléfono:**

Agencia/programa:  Fax:

---

**Acuerdos de pago:**

Número de OHP/número de póliza del seguro médico:

Número de grupo:

Titular de la póliza:  Número de teléfono:

He realizado otros acuerdos de pago:  DHS  Rehabilitación Vocacional  Pago por cuenta propia  Escala de tarifas ajustables  Otro

**\*La política de Options Counseling and Family Services no es discriminatoria con respecto a la provisión de los servicios a sus pacientes independientemente de la raza, color, religión, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, fuente de ingresos, identidad o expresión de género y/u orientación sexual.\*** *Options debe solicitar* la siguiente información para el Sistema de Seguimiento de Medidas y Resultados (MOTS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregón. Estos datos se recolectan y utilizan para determinar los niveles de financiación y efectividad de los programas de salud mental en nuestra comunidad.

---

**Datos demográficos del cliente:**

**Estado civil (seleccione de las siguientes):**  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Prefiero no responder



**¿Es usted un veterano?**  Sí, Servicio Militar activo actual/anterior  Sí, Guardia Nacional/Reserva actual/anterior  No, pero Guardia Nacional/Reserva actual/anterior  No

---

**Consumo de tabaco (en los últimos 90 días):**  Si  No  Prefiero no responder

---

**¿Uso de sustancias en los últimos 90 días (alcohol o medicamentos no recetados)?**  Si  No  Prefiero no responder

---

**Condición de empleo del cliente** (seleccione de las siguientes):

Prefiero no responder  Tiempo completo (más de 35 horas/semana)  Medio tiempo (menos de 35 horas/semana)  Desempleado(a) - Buscando empleo  Ama(o) de casa  Estudiante  Jubilado(a)  Discapacitado(a)  Residente Hospitalario o Institucional  No competitivo/protegido  No forma parte de la fuerza de trabajo  Otra clasificación (por ejemplo, voluntarios)

**Máximo grado completado:**  ¿Está actualmente inscrito en una escuela/capacitación?:  Si  No

**Grado actual:**

---

**Tipo de alojamiento** (seleccione de las siguientes):

Otro  
 Domicilio privado  Domicilio privado (en el hogar)  Domicilio privado (con un familiar)  Domicilio privado (con alguien que no es su familiar)  Transitorio/Sin hogar  Hogar adoptivo  Cárcel  Complejo residencial/Hogar comunitario  Complejo residencial (SUD)  Complejo residencial (BRS)  Complejo residencial (CSEC)  Complejo residencial (PRTS)  Complejo residencial (SCIP/SAIP)  Complejo residencial (SRTF -YAT)  Complejo residencial seguro (SRTF adultos)  Complejo residencial para trastornos subagudos  Alojamiento y comida: Institución de vivienda independiente  Prisión  Vivienda asistencial: Sitio aislado  Vivienda asistencial: Entorno comunitario  Oxford Home  Vivienda libre de alcohol/drogas  Vivienda asistencial: Otro tipo

---

**Ingreso *familiar por mes* estimado:**   Prefiero no responder

---

**Fuente principal de ingresos (seleccionar de las siguientes):**



Sueldo/salario  Asistencia pública  SSI por jubilación/pensión  Discapacidad/SSDI  Otro  Ninguno   
Prefiero no responder

---

**Dependientes** (indicar la cantidad total de personas, incluido el paciente, que son mantenidas por el ingreso familiar):

> **Adultos** (incluir a menores que viven de forma independiente): #

> **Menores**

(incluir a menores para los cuales se paga la manutención alimentaria a través de este ingreso): #

---

**Comentarios / Preguntas :**

X \_\_\_\_\_

# Signature Certificate

Document name: Hoja de Actualizaci3n Anual

Unique Document ID: 0F61953EC72E69C10E06C8DE766913CFC63DFBC0

LEGALLY SIGNED USING  
**WP**signature  
Build. Track. Sign Contracts.

## Timestamp

## Audit

January 22, 2021 12:00 pm  
PDT

Hoja de Actualizaci3n Anual Uploaded by Adam Falk -  
adam.falk@options.org IP 69.1.101.108

January 22, 2021 12:08 pm  
PDT

Options Intake - intake@options.org added by Adam  
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:  
108.174.191.149

September 13, 2021 1:04 pm  
PDT

Options Intake - intake@options.org added by Adam  
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:  
206.192.252.48

September 29, 2021 1:09 pm  
PDT

Options Intake - intake@options.org added by Adam  
Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip:  
206.192.252.48



This audit trail report provides a detailed record of the  
online activity and events recorded for this contract.

Page 7 of 7