

Hoja de admisi3n del cliente



Fecha de la cita: Numero del paciente: Fecha:

Informaci3n del cliente:

Nombre legal del cliente: Apellido: Nombre: Segundo:

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

Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro

G3nero Hombre Mujer No binario (ni hombre ni mujer)

Pronombre:

- 
- Ella
- Otro

Pronombre: El Ella Otra

Seguro social:

Ubicaci3n de Options: ▼

Lengua primario: Necesita un int3rprete? Idioma Lenguaje de señas estadounidense (ASL)

Direcci3n 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

Correo electrónico :

Acepta que Options le envíe correos electrónicos" 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:

Seguro médico primario : Número de teléfono

Número de identificación Número de grupo:

Titular de la póliza: Fecha de Nacimiento

Número de teléfono:

Seguro médico primario : Número de teléfono

Número de identificación Número de grupo:

Titular de la póliza: Fecha de Nacimiento

Número de teléfono:

He realizado otros acuerdos de pago:

- 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:

Raza (seleccione de las siguientes): Blanco Nativo Americano Negro/Afroamericano Nativo de Alaska Asiático Otra raza única Dos o más razas no especificadas Nativo de Hawái/otra isla del Pacífico

Origen étnico (seleccione de las siguientes): No es de origen Hispano Puertorriqueño Mexicano Hispano - sin origen específico Cubano Desconocido Hispano específico de otro lugar

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 forma parte de la fuerza de trabajo No competitivo/protegido 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): #

Afiliación a tribus (seleccione de las siguientes):

- No corresponde Tribu Burns Paiute Tribus confederadas de Coos, Baja Umpqua y Siuslaw Tribus confederadas de Siletz Banda Cow Creek de indios Umpqua Tribus confederadas de Umatilla Tribu de indios Coquille Tribus confederadas de Warm Springs Tribus Klamath

Otro

¿Actualmente está embarazada? Si No No corresponde/hombre Prefiero no responder

Derivado de: ¿Como se enteró de Options?

Agencias locales o estatales: Bienestar infantil Rehabilitación vocacional Adultos mayores y personas con discapacidades Autoridad local de salud mental Servicios relacionados con discapacidades en el desarrollo Programa comunitario de salud mental Escuela Viviendas comunitarias Sistema de asistencia personal:

Sistema de asistencia personal: Auto ayuda Familia/amigos Programa de asistencia al empleado Grupo de apoyo Abogado

Proveedores de atención médica: Proveedor comunitario de abuso de sustancias Proveedor comunitario de salud mental Organización de atención coordinada Institución psiquiátrica estatal Profesional de salud privado (por ejemplo, médico de cabecera, PHD, hospital, atención domiciliaria) Especialista en exámenes de detección de alcohol/drogas (ADES)

Sistema judicial: Tribunal federal Tribunal de circuito Tribunal de justicia Cárcel Tribunal municipal Libertad condicional, que incluye menores Policía o alguacil Junta de revisión psiquiátrica Institución correccional estatal Institución correccional federal Tribunal de tratamiento integrado Sistema de justicia para menores/OYA

Otro: Línea de ayuda/crisis Internet/medios de comunicación Otro Ninguno Prefiero no responder

Comentarios / Preguntas :

X _____

Signature Certificate

Document name: Hoja de admisi3n del cliente

Unique Document ID: 23777F0AABE4678592BFD265242936218FF5C9D4

LEGALLY SIGNED USING
WPesignature
Build. Track. Sign Contracts.

Timestamp

Audit

November 30, 2020 8:30 am
PST

Hoja de admisi3n del cliente Uploaded by Adam Falk -
adam.falk@options.org IP 69.1.101.108

November 30, 2020 1:29 pm
PST

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

November 30, 2020 1:30 pm
PST

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

December 1, 2020 8:36 am
PST

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

December 15, 2020 8:11 am
PST

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

January 22, 2021 11:57 am
PST

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

March 15, 2021 11:14 am
PST

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

May 11, 2021 8:54 am PST

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 1:44 pm
PST

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 1:10 pm
PST

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

October 13, 2021 8:59 am
PST

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 8 of 8