



Southwest Behavioral & Health Services

Reconocimiento del paquete de admisión/consentimiento anual

Nombre del Paciente		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono	

He recibido una copia del Paquete de Consentimiento de Servicios de Salud y Comportamiento de Southwest Behavioral and Health Services, que se resume a continuación. Entiendo cada formulario tal como se me ha presentado y estoy de acuerdo con las guías y expectativas. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar los formularios de consentimiento a continuación y entiendo que tengo la capacidad de hacer preguntas a mi satisfacción como parte del proceso de admisión de SB&H. Entiendo que se colocará una copia de esta página en mi registro clínico para demostrar que recibí el contenido de este documento.

- Consentimiento para la evaluación y/o el tratamiento (Manual SB&H)
- Consentimiento Informado para Participar en Servicios de Tele Salud (Manual SB&H)
- Consiento No Consiento Participar en servicios de tele salud
- Consentimiento de comunicación Correo electrónico Correo de voz Texto
- Acuerdo de Guías de Asistencia (Manual SB&H)
- Reconocimiento del Manual del Miembro del Plan de Salud (enlaces en el manual de SB&H)
- Acuerdo de pago: Doy mi consentimiento para que SBH facture a mi compañía de seguros por los servicios prestados según el Aviso de prácticas de privacidad al que se hace referencia a continuación. Entiendo que, si tengo AHCCCS y otro plan de seguro, AHCCCS requiere que SBH facture a cualquiera / todas mis otras compañías de seguros antes de facturar AHCCCS. Autorizo a mi(s) compañía(s) de Reconocimiento del Manual del Miembro de SB&H (Responsabilidades del Programa, Planificación de Servicios, Planificación de Transición/Alta, Tarifas, Seguridad, Código de Ética de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de AHCCCS, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Sustancias, Derechos de las Personas Atendidas, Derechos Adicionales para Instalaciones de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados o Residenciales, Derechos Legales para Personas con Enfermedades Mentales Graves, Aviso a personas con enfermedades mentales graves, Aviso a personas que reciben servicios de abuso de sustancias, Política y procedimiento de quejas, apelaciones y quejas). Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas: 602-364-3030; Oficina de

Firma del Paciente	Fecha
Firma del Padre, Tutor Legal o Otra Firma Requerida (si aplica)	Fecha
Firma del Miembro del Personal de SBH	Fecha

Autorización para divulgar registros de trastornos por abuso de sustancias para pagos/operaciones

Yo, _____
Nombre del Paciente
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono _____

Autorizó a Southwest Behavioral Health Services divulgar la información descrita a (Seleccione todo lo que aplique):

AHCCCS para la divulgación de mis datos demográficos
 Pago de mi tratamiento a mi plan de salud
 AzComplete Health Banner University Care1st Health Choice
 Magellan Mercy Care Mercy Care United Healthcare
 Otro (Especifique) _____

El propósito de este comunicado es proporcionar solo la información necesaria para el pago de servicios a su plan de salud y/o proporcionar datos demográficos al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica

Aviso al Solicitante

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un Miembro como que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito cualquier Miembro con un trastorno por uso de sustancias, excepto según

Entiendo que en cualquier momento, puedo revocar esta autorización escribiendo a SBH de acuerdo con las Políticas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Se le remite al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal (HIPAA: 45 CFR 160-164).

La Autorización vence:

1 año a partir de esta fecha
 Otro: _____ (otra fecha – no más de un año)

Firma del Paciente/Tutor Legal _____ Fecha

Otra Firma Requerida (si aplica) _____ Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

Si el/la paciente tiene entre 12-17 años, la firma del paciente y su padre/madre/tutor legal será requerida para información acerca de abuso de sustancias.

Nombre del Paciente _____ FDN _____

Formulario de poder notarial duradero para la atención de salud mental de directiva anticipada

Instrucciones generales: Puede usar este formulario de poder notarial de atención de salud mental duradero de directivas anticipadas si desea designar a una persona para que tome decisiones futuras de atención de salud mental por usted si se vuelve incapaz de tomar esas decisiones por sí mismo. **La decisión sobre si usted es incapaz solo puede ser tomada por un** psiquiatra o psicólogo con licencia en Arizona que evaluará si puede dar su consentimiento **informado**. Asegúrese de entender la importancia de este documento. Hable con los miembros de su familia, amigos, miembros del personal del programa y otras personas en las que confíe sobre sus opciones. Además, es una buena idea hablar con profesionales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Si decide que este es el formulario que desea usar para desarrollar un poder notarial de atención de salud mental duradero de directivas anticipadas, complete el formulario. No firme el formulario hasta que su testigo o notario y un miembro del personal del programa estén presentes. Se le pedirá que coloque una copia del formulario en su registro clínico para que nosotros y otros proveedores sigamos sus deseos si queda incapacitado. Usted y su representante deben conservar una copia de este documento para su futura referencia. **Como mínimo, usted y un miembro del personal de SBH deben firmar # 2 o # 3 a continuación para confirmar que comprende sus derechos y que se le ha ofrecido una copia del formulario.**

1. Mi Información:

Nombre: _____ Edad: _____
Dirección, Ciudad, _____ Fecha de Nacimiento: _____
Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____

2. Me niego a ejercer mi Poder notarial de atención de salud mental duradero de directivas anticipadas en este momento. Si elijo ejercer este derecho, en un momento después, notificaré al miembro del personal de SBH que es responsable de coordinar mis servicios.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Miembro del Personal de SBH

Fecha

3. Mi Poder Notarial de Atención de Salud Mental Duradero de Directiva Anticipada se otorga de conformidad con la ley de Arizona y continúa vigente para todos los que puedan confiar en él, excepto para aquellos a quienes he dado aviso de su revocación de conformidad con la ley de Arizona.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Miembro del Personal de SBH

Fecha

4. Notificación al médico de atención primaria (solo personal de SBH)

Correo Fax El correo electrónico Fecha: _____ Cual quién: _____

Nota: Conserve la copia en el registro clínico completo de la persona (no purgue del registro).

STOP: Only complete following sections if the member has an Advance Directive!

5. Selección de mi representante de atención de salud mental y suplente:

Elijo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención de salud mental por mí cuando soy incapaz de tomarlas por mí mismo.

Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono de casa:	<input type="text"/>
Dirección, Ciudad,	<input type="text"/>	Teléfono de trabajo:	<input type="text"/>
Estado, Código Postal:	<input type="text"/>	Teléfono de celular:	<input type="text"/>

Elijo a la siguiente persona para que actúe como mi representante suplente para tomar decisiones de atención de salud mental por mí si mi primer representante no está disponible, no quiere o no puede tomar decisiones por mí.

Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono de casa:	<input type="text"/>
Dirección, Ciudad,	<input type="text"/>	Teléfono de trabajo:	<input type="text"/>
Estado, Código Postal:	<input type="text"/>	Teléfono de celular:	<input type="text"/>

6. Tratamientos de salud mental que AUTORIZO si no puedo tomar decisiones por mí mismo:

Estos son los tratamientos de salud mental que autorizo a mi representante de atención de salud mental a hacer en mi nombre si me vuelvo incapaz de tomar mi propia decisión de atención de salud mental debido a una enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Si mis deseos no están claros en esta Directiva Anticipada Poder notarial duradero para la atención de la salud mental o no son conocidos por mi representante, mi representante, de buena fe, actuará de acuerdo con mi mejor interés. Esta persona me representará hasta que sea revocada por mí o por una orden de un tribunal. Mi representante está autorizado a hacer lo siguiente, que **he rubricado o marcado**:

- Acerca de mis registros:** Para recibir información sobre el tratamiento de salud mental que se me propone y para recibir, revisar y consentir la divulgación de cualquiera de mis registros médicos relacionados con ese tratamiento.
- Acerca de los medicamentos:** Para dar su consentimiento a la administración de cualquier medicamento recomendado por mi médico tratante.
- Acerca de un entorno de tratamiento estructurado:** Para admitirme en un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y un programa de tratamiento intensivo autorizado por el Departamento de Servicios de Salud, que se llama un centro de salud conductual de "nivel uno".

Las directivas adicionales con respecto a mi tratamiento de salud mental son: (Véase también www.mentalhealthrecovery.com/crisis.html para asistencia)

- Mi Plan de Acción de Recuperación del Bienestar
- Persona(s) de contacto
- Posibles causas de mi crisis
- Maneras de ayudar a evitar la hospitalización

Mi nombre:

Nota: Un adulto debe presenciar o notarizar la firma de este documento y luego firmarlo. El testigo no puede ser nadie que: a) sea menor de 18 años; (b) relacionados con usted por sangre, adopción o matrimonio; (c) con derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) designado como su representante; o (e) involucrado en la prestación de su atención médica en el momento en que se firma este documento (los empleados de SBH no pueden presenciar la firma del documento, pero pueden notarizar el documento).

Testigo: Afirmo que conozco personalmente a la persona que firma esta Directiva Anticipada Poder notarial de atención de salud mental duradero y que presencié a la persona firmar o reconocer la firma de la persona en este documento en mi presencia. Afirmo además que él / ella debe estar en su sano juicio y no bajo coacción, fraude o influencia indebida. Él / ella no está relacionado conmigo por sangre, matrimonio o adopción y no es una persona a la que yo le brinde atención directamente a título profesional. No he sido designado como representante para tomar decisiones de tratamiento de salud mental en su nombre.

Nombre del testigo (impreso): _____
Testigo Dirección: _____

Firma de Testigo

Fecha y Hora

O

En este ____ día de _____, _____, Personalmente
compareció anti mi _____, el notario
appeared _____ firmado abajo.

Firma de notario

Fecha

Mi comisión expira: _____

Nombre del miembro del personal de SBH (impreso): _____

Firma del Miembro del Personal de SBH

Fecha y Hora

Aceptación del nombramiento por parte del representante

Acepto este nombramiento y acepto servir como representante para tomar decisiones de tratamiento de salud mental para O. Entiendo que debo actuar de manera consistente con los deseos de la persona a la que represento como se expresa en esta Directiva Anticipada Poder Notarial de Atención de Salud Mental Duradero o, si no se expresa, como yo lo conozco. Si no conozco los deseos del Individuo, tengo el deber de actuar en lo que, de buena fe, creo que es el mejor interés de esa persona. Entiendo que este documento me da la autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental solo mientras O se ha determinado que está incapacitado, lo que significa bajo la ley de Arizona que un psiquiatra o psicólogo con licencia tiene la opinión de que el individuo no puede dar su consentimiento informado.

Nombre de Representante (Impreso): _____

Firma de Representante

Fecha y Hora

Nombre de Representante Alternativo (Impreso): _____

Firma de Representante Alternativo

Fecha y Hora

Nota: Conserve la copia en el registro clínico completo de la persona.



Southwest Behavioral & Health Services
Formulario de solicitud de divulgación de información y registros

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

- Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros Marque aquí si desea solicitar sus registros
- Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

Como quiere que los registros sean enviados? Correo Formato digital por correo (Se requiere un mínimo de 50 páginas) Correo electrónico (incluye la dirección): _____

Fechas de Servicios (de los registros que se enviarán) últimos 60 días últimos 90 días últimos 12 meses

Otro (incluya las fechas): _____ a _____

Yo, _____

Nombre del Paciente Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:

Southwest Behavioral & Health Services	602-265-8338
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
3450 N. 3rd Street, Phoenix, AZ 85012	602-323-2351
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

Y

_____	_____
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
_____	_____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

Aviso al Recipiente: Esta información ha sido obtenida de registros protegidos por leyes Federales. Estos registros no están sujetos a una nueva divulgación. Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2) prohíben la divulgación subsecuente de Información sobre Abuso de Sustancias sin consentimiento específico por escrito de la persona de la cual la información le pertenece o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Entiendo que, si esta información es divulgada a la persona indicada, la persona podría no seguir las leyes Federales sobre privacidad y mi información médica protegida podría ser divulgada por la tercera persona. El tratamiento, el pago y/o la inscripción no están condicionados a que el miembro firme este consentimiento.

Nota: Las reglas del gobierno federal y estatal requieren que se complete una autorización por separado para cada una de las siguientes categorías: Información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, y registros de abuso de alcohol/sustancias.

Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Notas de Servicios Clínicos | <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos | <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento/Servicio |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Información sobre Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Información de SIDA/VIH |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológico | <input type="checkbox"/> Divulgación verbal sobre tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | | |

Propósito de la Solicitud: _____

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

La Autorización vence:

- 1 año a partir de esta fecha 6 meses (Servicios de Abuso de Sustancias)
- Otro: _____ (otra fecha – no más de un año/6 meses para servicios de abuso de sustancias)

_____	_____
Firma del Paciente/Tutor Legal	Fecha
_____	_____
Otra Firma Requerida (si aplica)	Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

***Se requieren las firmas de los padres/tutores legales para obtener información sobre el uso de sustancias para los miembros de 12 a 17 años de edad.**



Southwest Behavioral & Health Services

Nombre			Cliente SS#			Fecha de Nacimiento							
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal			Teléfono			Correo electrónico							
Genero	<input type="checkbox"/>	Genero Variante	<input type="checkbox"/>	Intersexual	<input type="checkbox"/>	Cuestionando	<input type="checkbox"/>	Transgénero	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	
Raza:	<input type="checkbox"/>	Niego a responder	<input type="checkbox"/>	Nativo Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Asiático/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>	Negro	<input type="checkbox"/>	Cáucaso	<input type="checkbox"/>		
Etnicidad:	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/>	Niego a responder	<input type="checkbox"/>	Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/>	Niego a responder	<input type="checkbox"/>		
Idioma primario:						Idioma preferido:							
Cobertura de Seguro <i>Adjunte copia de la tarjeta de seguro</i>													
<input type="checkbox"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/>	Medicare	<input type="checkbox"/>	Privado (auto pago)	<input type="checkbox"/>	TriCare	<input type="checkbox"/>	Blue Cross	<input type="checkbox"/>	HMO	<input type="checkbox"/>	Otro
Compañía de Seguros				Id del Seguro#				Número de Póliza:					
Necesidades Especiales:													
Interprete	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, especifique idioma									
Traductor	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, especifique idioma									
Asistencia a la movilidad	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la asistencia necesaria									
Asistencia para discapacidades visuales	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la asistencia necesaria									
Asistencia para personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la asistencia necesaria									
Necesita arreglos de cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la necesidad									
Debido a deficiencias cognitivas requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planificación del servicio													
Contactos Importantes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si													
Si corresponde, seleccione el acuerdo de custodia: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Pupilo de la Corte (Tutor Legal es el Estado)													
Padres/Tutor(es)Legal(es)						Teléfono							
<i>Debe proporcionar documentación legal vigente</i>						Teléfono							
						Teléfono							
Contacto de Emergencia:						Teléfono							
<i>Complete ROI</i> Dirección													
Doctor de Cabecera:						Teléfono			Fax				
Dirección													
Dentista:						Teléfono			Fax				
Otro(s) especialista(s) de atención médica:						Teléfono			Fax				
Dirección													
<i>(por ejemplo, salud mental, uso de sustancias, ginecólogo, neuro, dolor,</i>						Teléfono			Fax				
Dirección													
Farmacia:						Dirección							
Otros Contactos Importantes (por ejemplo: escuela, oficial de libertad condicional/libertad condicional, otras agencias [DCS, DDD], vecinos, abuelos)													
Nombre:						Relación:							
Teléfono:						Fax:							

Información Personal

Inicial _____ (Fecha)

Actualizada _____ (Fecha)

Por favor llena la siguiente información sobre la persona que va a recibir servicios

Empleo Actual	Tamaño del hogar: _____	Ingresos Mensuales: _____			
	elije todos que aplican: <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo				

Educación/Profesional:	Grado más alto o título completado		
	¿Necesita ayuda para leer o escribir?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
	¿Alguna vez le han dicho que usted o su hijo tienen un retraso en el desarrollo o necesidades de educación especial?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
	¿Usted o su hijo recibieron servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
En caso afirmativo, sírvase identificar las pruebas, la evaluación especial, las clases especiales, el IEP/504, la escuela alternativa, el cambio de maestro, etc.			

Participación Legal y Eventos Significativos

Estatus Legal Actual/Otras cuestiones legales o civiles pendientes
 (por ejemplo: tutor legal designado, tratamiento ordenado por la corte, pupilo del Estado, divorcio, cuestiones de custodia con la participación de DCS, libertad vigilada, libertad bajo palabra, o cargos pendientes)

Numero de arrestos en los últimos 30 días: _____ ¿Por cuales específicos delitos? _____

¿Se involucro el departamento de protección para niños (DCS) o adultos (APS) o la policía? No Si

Medicamentos

Medicamentos Actuales	Razón por el medicamento	¿Es efectivo el medicamento? No es efectivo, explica.		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	

Medicamentos Previos	Razón por el medicamento	¿Fue efectivo el medicamento? No es efectivo, explica.		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	

Indica todos los medicamentos de venta libre o suplementos herbales que tomas: _____

[Return to Intake Checklist](#)

Member's Name:

DOB:



Evaluación de riesgos de salud y de salud de Southwest Behavioral & Health Services (Adultos)

Nombre	Cliente SS#	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono	Correo electrónico
Detección de trastornos relacionados con sustancias <input type="checkbox"/> Adulto (18+) <input type="checkbox"/> Niños (0-17)		
Durante el ultimo ano, ¿has bebido alcohol o usado drogas mas que deseabas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿A causa de alcohol o drogas, has descuidado tus responsabilidades diarias?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante el ultimo ano, ¿has querido o pensado que es necesario reducir tus bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Te ha dicho un familiar, amigo, u otra persona que se oponen o están preocupados por tu uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez pensando mucho sobre querer beber alcohol o usar drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Has bebido alcohol o usado drogas para aliviar malestar emocional, como tristeza, enojo, o aburrimiento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Quien in tu familia usa alcohol o otras sustancias?		
Enumere cualquier historial y tratamiento de problemas de salud conductual o uso de sustancias que los miembros de su familia hayan tenido:		
Cuestionario de detección de riesgos para la salud de los adulto		
¿Ha sido diagnosticado con diabetes, asma, o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Indique los medicamentos continuación, si corresponde		
¿Ha tenido una lectura de presión arterial de 140/90 o mas alto en el ultimo año?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Marque los síntomas que regularmente siente:		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomito
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cansancio extremo	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Sobre/Bajo peso
¿Tiene mala alimentación?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Es sedentario o ligeramente activo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Usa tabaco? ¿De ser así, con que frecuencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Vapor	<input type="checkbox"/> Cigarrillos
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Masticar	<input type="checkbox"/> Nunca	
Historial de salud (incluya todos los antecedentes médicos, dentales y de salud conductual)		
<input type="checkbox"/> PCP archivado	¿Alergia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Por favor, especifique _____
Fecha de última visita _____	Problemas de salud _____	
<input type="checkbox"/> Dentista en el archivo	Fecha de última visita _____	Problemas orales _____
<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de la última visita _____	Otros problemas _____
<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de la última visita _____	Otros problemas _____
Las necesidades físicas y / o conductuales no tratadas pueden afectar la salud general e impactar negativamente el progreso hacia las metas.		
Se recomienda una cita con el PCP para una evaluación adicional.		
¿Le gustaría ayuda con lo anterior u otras necesidades de salud física?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

[Return to Intake Checklist](#)