



INSCRIPCIÓN EN SUMMITSTONE – ADULTOS (+18)

Dé la siguiente información o complétela para la persona que pide los servicios

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre:		
Nombre preferido:		
Cargo:	Nombre:	Segundo nombre:
Apellido: _____	Sufijo: _____	Información académica: Grado más alto completado _____ <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Asociado/universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
Nombre confidencial:	Tipo de preferencia:	

Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento:
Sexo legal: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> X	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Otro	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No se registró en el certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Incierto
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual		

Permanente: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Confidencial		
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Código postal:	Condado:	País:
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:		

OTRA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Comentarios permanentes

OTRA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Otra información demográfica

Nombre fonético: (La forma en que suena una palabra hablada, por ejemplo, Lily fonéticamente deletreada es Lee-lee)

Estado civil:

- Divorciado
- Legalmente separado
- Casado
- Otro
- En pareja
- Soltero
- En pareja de hecho
- Se desconoce
- Viudo

Idioma preferido:

<input type="checkbox"/> Acholí	<input type="checkbox"/> Croata	<input type="checkbox"/> Karen	<input type="checkbox"/> Pashai	<input type="checkbox"/> Tigríña
<input type="checkbox"/> Afar	<input type="checkbox"/> Checo	<input type="checkbox"/> Kayah	<input type="checkbox"/> Pastún	<input type="checkbox"/> Tongano
<input type="checkbox"/> Afrikáans	<input type="checkbox"/> Darí	<input type="checkbox"/> Kekchi (Q'eqchi)	<input type="checkbox"/> Patuá	<input type="checkbox"/> Trukés
<input type="checkbox"/> Akan (Twi)	<input type="checkbox"/> Dinka	<input type="checkbox"/> Kinyarwanda	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Chiluba
<input type="checkbox"/> Albanés	<input type="checkbox"/> Holandés	<input type="checkbox"/> Kirundi	<input type="checkbox"/> Ponapeño	<input type="checkbox"/> Turco
<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano	<input type="checkbox"/> Ébano	<input type="checkbox"/> Suajili	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Twi
<input type="checkbox"/> Amárico	<input type="checkbox"/> Egipcio	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Portugués (brasileño)	<input type="checkbox"/> Ucraniano
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Kuama	<input type="checkbox"/> Portugués (europeo)	<input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Árabe - egipcio	<input type="checkbox"/> Eschira	<input type="checkbox"/> Kurdo	<input type="checkbox"/> Fula	<input type="checkbox"/> Urdu
<input type="checkbox"/> Árabe - jordano	<input type="checkbox"/> Ewe	<input type="checkbox"/> Lao (laosiano)	<input type="checkbox"/> Punjabí	<input type="checkbox"/> Uzbeko
<input type="checkbox"/> Árabe - marroquí	<input type="checkbox"/> Feroés	<input type="checkbox"/> Lingala	<input type="checkbox"/> Quechua	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Árabe - sudanés	<input type="checkbox"/> Farsi (persa)	<input type="checkbox"/> Lituano	<input type="checkbox"/> Quonjabal	<input type="checkbox"/> Bisayas
<input type="checkbox"/> Arameo	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Luba-Kasai	<input type="checkbox"/> Rohinyá	<input type="checkbox"/> Wólof
<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Finlandés	<input type="checkbox"/> Malgache	<input type="checkbox"/> Romaní	<input type="checkbox"/> Yidis
<input type="checkbox"/> Asante (Ahsanti) (Twi)	<input type="checkbox"/> Fon	<input type="checkbox"/> Malayo	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Yoruba
<input type="checkbox"/> Asirio	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Malabar	<input type="checkbox"/> Rotana	
<input type="checkbox"/> Bahasa (Indonesia)	<input type="checkbox"/> Fula (Fulani)	<input type="checkbox"/> Maltés	<input type="checkbox"/> Ruso	

<input type="checkbox"/> Bambara	<input type="checkbox"/> Garífuna	<input type="checkbox"/> Mam	<input type="checkbox"/> Sami
<input type="checkbox"/> Bandú	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Chino mandarín	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Bantú	<input type="checkbox"/> Griego	<input type="checkbox"/> Mandingá	<input type="checkbox"/> Sango
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Groenlandés (Kalaallisut)	<input type="checkbox"/> Mandenká	<input type="checkbox"/> Serbio
<input type="checkbox"/> Bereber	<input type="checkbox"/> Guyaratí	<input type="checkbox"/> Maratí	<input type="checkbox"/> Somalí
<input type="checkbox"/> Bosnio	<input type="checkbox"/> Hahka-Chin	<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Búlgaro	<input type="checkbox"/> Criollo haitiano	<input type="checkbox"/> Masalit	<input type="checkbox"/> Español y lenguaje de señas
<input type="checkbox"/> Birmano	<input type="checkbox"/> Hausa	<input type="checkbox"/> Miabei	<input type="checkbox"/> Sudanés
<input type="checkbox"/> Camboyano (jemer)	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Moldavo	<input type="checkbox"/> Suajili
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Mongol	<input type="checkbox"/> Sueco
<input type="checkbox"/> Caroliniano	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Árabe marroquí (Darija)	<input type="checkbox"/> Tabasaro
<input type="checkbox"/> Catalán	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Naurano	<input type="checkbox"/> Tagalo
<input type="checkbox"/> Caldeo	<input type="checkbox"/> Húngaro	<input type="checkbox"/> Navajo	<input type="checkbox"/> Taiwanés
<input type="checkbox"/> Chabacano	<input type="checkbox"/> Igbo	<input type="checkbox"/> Nepalí (nepalés)	<input type="checkbox"/> Tayiko
<input type="checkbox"/> Chino - mandarín	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Nigeriano	<input type="checkbox"/> Tamil
<input type="checkbox"/> Chino - otro	<input type="checkbox"/> Criollo jamaquino	<input type="checkbox"/> Noruego	<input type="checkbox"/> Télugu
<input type="checkbox"/> Chino - taiwanés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Oromo	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Chino - cantonés	<input type="checkbox"/> K'iche (Quiche')	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Tibetano
<input type="checkbox"/> Chuukés (trukés)	<input type="checkbox"/> Karen	<input type="checkbox"/> Palauano	<input type="checkbox"/> Tigre

Se necesita intérprete:

- Sí
- No

Raza:

- Blanco o caucásico
- Negro o afroamericano
- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático de otro país
- El paciente se negó a dar la información
- Se desconoce
- Más de una raza
- Nativo de Hawái
- Nativo de otra isla del Pacífico
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita

Origen étnico:

- Origen no hispano, latino ni español
- Origen hispano, latino o español
- Se desconoce
- El paciente no puede responder

	<input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano																																																							
Ascendencia étnica: <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano o chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino o español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> El paciente no puede responder <input type="checkbox"/> Origen no hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Asquenazí	Religión: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Agnóstico</td> <td><input type="checkbox"/> Nazarino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anglicano</td> <td><input type="checkbox"/> Sin preferencia religiosa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asamblea de Dios</td> <td><input type="checkbox"/> No confesional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ateo</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bahaísmo</td> <td><input type="checkbox"/> No religioso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bautista</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Budista</td> <td><input type="checkbox"/> Pagano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Católico</td> <td><input type="checkbox"/> El paciente se negó a dar la información</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cristiano</td> <td><input type="checkbox"/> Pentecostal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cristiano reformado</td> <td><input type="checkbox"/> Presbiteriano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Científico cristiano</td> <td><input type="checkbox"/> Protestante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Iglesia de Cristo</td> <td><input type="checkbox"/> Cuáquero</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días</td> <td><input type="checkbox"/> Iglesia Reformada de América</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental</td> <td><input type="checkbox"/> Ortodoxo ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Episcopal</td> <td><input type="checkbox"/> Cientiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ortodoxo griego</td> <td><input type="checkbox"/> Adventista del Séptimo Día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hare Krishna</td> <td><input type="checkbox"/> Sintoísmo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hindú</td> <td><input type="checkbox"/> Sij</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Humanismo</td> <td><input type="checkbox"/> Taoísta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jainista</td> <td><input type="checkbox"/> Unitario Universalista</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Testigo de Jehová</td> <td><input type="checkbox"/> Iglesia Unida de Cristo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Judío</td> <td><input type="checkbox"/> Iglesia de la Unidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Luterano</td> <td><input type="checkbox"/> Se desconoce</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menonita</td> <td><input type="checkbox"/> Wiccano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Judío mesiánico</td> <td><input type="checkbox"/> Turuba</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Metodista</td> <td><input type="checkbox"/> Zoroastro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Musulmán</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Agnóstico	<input type="checkbox"/> Nazarino	<input type="checkbox"/> Anglicano	<input type="checkbox"/> Sin preferencia religiosa	<input type="checkbox"/> Asamblea de Dios	<input type="checkbox"/> No confesional	<input type="checkbox"/> Ateo	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Bahaísmo	<input type="checkbox"/> No religioso	<input type="checkbox"/> Bautista	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Budista	<input type="checkbox"/> Pagano	<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> El paciente se negó a dar la información	<input type="checkbox"/> Cristiano	<input type="checkbox"/> Pentecostal	<input type="checkbox"/> Cristiano reformado	<input type="checkbox"/> Presbiteriano	<input type="checkbox"/> Científico cristiano	<input type="checkbox"/> Protestante	<input type="checkbox"/> Iglesia de Cristo	<input type="checkbox"/> Cuáquero	<input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días	<input type="checkbox"/> Iglesia Reformada de América	<input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental	<input type="checkbox"/> Ortodoxo ruso	<input type="checkbox"/> Episcopal	<input type="checkbox"/> Cientiólogo	<input type="checkbox"/> Ortodoxo griego	<input type="checkbox"/> Adventista del Séptimo Día	<input type="checkbox"/> Hare Krishna	<input type="checkbox"/> Sintoísmo	<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Sij	<input type="checkbox"/> Humanismo	<input type="checkbox"/> Taoísta	<input type="checkbox"/> Jainista	<input type="checkbox"/> Unitario Universalista	<input type="checkbox"/> Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/> Iglesia Unida de Cristo	<input type="checkbox"/> Judío	<input type="checkbox"/> Iglesia de la Unidad	<input type="checkbox"/> Luterano	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Menonita	<input type="checkbox"/> Wiccano	<input type="checkbox"/> Judío mesiánico	<input type="checkbox"/> Turuba	<input type="checkbox"/> Metodista	<input type="checkbox"/> Zoroastro	<input type="checkbox"/> Musulmán	
<input type="checkbox"/> Agnóstico	<input type="checkbox"/> Nazarino																																																							
<input type="checkbox"/> Anglicano	<input type="checkbox"/> Sin preferencia religiosa																																																							
<input type="checkbox"/> Asamblea de Dios	<input type="checkbox"/> No confesional																																																							
<input type="checkbox"/> Ateo	<input type="checkbox"/> Ninguna																																																							
<input type="checkbox"/> Bahaísmo	<input type="checkbox"/> No religioso																																																							
<input type="checkbox"/> Bautista	<input type="checkbox"/> Otro																																																							
<input type="checkbox"/> Budista	<input type="checkbox"/> Pagano																																																							
<input type="checkbox"/> Católico	<input type="checkbox"/> El paciente se negó a dar la información																																																							
<input type="checkbox"/> Cristiano	<input type="checkbox"/> Pentecostal																																																							
<input type="checkbox"/> Cristiano reformado	<input type="checkbox"/> Presbiteriano																																																							
<input type="checkbox"/> Científico cristiano	<input type="checkbox"/> Protestante																																																							
<input type="checkbox"/> Iglesia de Cristo	<input type="checkbox"/> Cuáquero																																																							
<input type="checkbox"/> Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días	<input type="checkbox"/> Iglesia Reformada de América																																																							
<input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental	<input type="checkbox"/> Ortodoxo ruso																																																							
<input type="checkbox"/> Episcopal	<input type="checkbox"/> Cientiólogo																																																							
<input type="checkbox"/> Ortodoxo griego	<input type="checkbox"/> Adventista del Séptimo Día																																																							
<input type="checkbox"/> Hare Krishna	<input type="checkbox"/> Sintoísmo																																																							
<input type="checkbox"/> Hindú	<input type="checkbox"/> Sij																																																							
<input type="checkbox"/> Humanismo	<input type="checkbox"/> Taoísta																																																							
<input type="checkbox"/> Jainista	<input type="checkbox"/> Unitario Universalista																																																							
<input type="checkbox"/> Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/> Iglesia Unida de Cristo																																																							
<input type="checkbox"/> Judío	<input type="checkbox"/> Iglesia de la Unidad																																																							
<input type="checkbox"/> Luterano	<input type="checkbox"/> Se desconoce																																																							
<input type="checkbox"/> Menonita	<input type="checkbox"/> Wiccano																																																							
<input type="checkbox"/> Judío mesiánico	<input type="checkbox"/> Turuba																																																							
<input type="checkbox"/> Metodista	<input type="checkbox"/> Zoroastro																																																							
<input type="checkbox"/> Musulmán																																																								
Estado de persona sin vivienda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de persona sin vivienda: <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien mas <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Tiene hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Calle	Vivienda pública: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																						

	<input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> No se sabe	
Estatus de Trabajador Agrícola: <input type="checkbox"/> Migratorios (<i>Personas que son "trabajadores móviles" o "trabajadores agrícolas migratorios"</i>) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Estacional (<i>Personas que están empleadas temporalmente, pero no se mudan de su residencia permanente para buscar trabajo agrícola</i>)	Prestación de servicios actuales: <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Nunca prestó servicios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otra reserva/guardia nacional <input type="checkbox"/> Veterano	Rama de servicio: <input type="checkbox"/> Fuerza aérea <input type="checkbox"/> Varias ramas <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Guardia costera <input type="checkbox"/> Cuerpo de Marines <input type="checkbox"/> Marina
Estado de veterano: <input type="checkbox"/> Veterano combatiente <input type="checkbox"/> No, nunca prestó servicios <input type="checkbox"/> Veterano no combatiente Fechas del servicio militar - desde _____ hasta _____		
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Activo - con licencia <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Estudiante – de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante – de tiempo completo <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/> Se desconoce		

ESTADO DE FUMADOR

<input type="checkbox"/> Nunca fumó	<input type="checkbox"/> Exfumador	<input type="checkbox"/> Gran fumador de tabaco	<input type="checkbox"/> Fumador leve de tabaco
-------------------------------------	------------------------------------	---	---

ACUERDO ACTUAL DE VIVIENDA (ELIJA TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza temporal	<input type="checkbox"/> Tutor
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cónyuge
<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Padre/madre/pareja	<input type="checkbox"/> Sin vivienda
<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Personas sin relación	<input type="checkbox"/> Vivienda dependiente en un entorno supervisado
<input type="checkbox"/> Vivienda dependiente con los padres	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Otro

ACCESIBILIDAD Y DISCAPACIDAD

<p>Necesidades por discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva/ intelectual/de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sordo/no usa lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Sordo/usa lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Pérdida de audición/ problemas de audición <input type="checkbox"/> Visión deficiente <input type="checkbox"/> Discapacidad de destreza manual <input type="checkbox"/> Discapacidad de movilidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra discapacidad que requiere adaptación <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla/ comunicación 	<p>Adaptaciones por discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipo médico accesible <input type="checkbox"/> Botón de llamada alternativo <input type="checkbox"/> Documentos de formato alternativo <input type="checkbox"/> Ayuda para completar formularios <input type="checkbox"/> Dispositivos de asistencia auditiva <input type="checkbox"/> Dispositivos de asistencia auditiva <input type="checkbox"/> Persona de apoyo <input type="checkbox"/> Mascarilla transparente <input type="checkbox"/> Pizarra para comunicarse <input type="checkbox"/> Extensión del tiempo de cita <input type="checkbox"/> Pizarra blanca portátil <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Lectura de labios <input type="checkbox"/> Dispositivo de ampliación <input type="checkbox"/> Ayuda con la movilidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro (especificar en el campo de comentarios) <input type="checkbox"/> Servicios de retransmisión telefónica <input type="checkbox"/> Tomador de notas calificado <input type="checkbox"/> Lector calificado <input type="checkbox"/> Animal de servicio <input type="checkbox"/> Teléfono de TTY <input type="checkbox"/> Control del volumen 	<p>Comentarios sobre las necesidades y adaptaciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Preferencia de documento accesible</p> <hr/>	<p>Tipos de pacientes</p> <hr/>	

ID del estado

<p>N.º de licencia de conducir</p> <hr/>	<p>Estado de la licencia de conducir</p> <hr/>	
---	---	--



INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Información básica

Nombre:		
Sexo:	Fecha de nacimiento:	N.º del Seguro Social:
Situación de vida:	¿Tiene la misma dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:	País:	
¿Vive en la misma casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Principal: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil	Correo electrónico:	
Ocupación:		
¿Le avisaron sobre el ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está autorizado para recibir la carta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Relación

Relación: _____	Fechas de relación: _____ a _____	Función (fecha de inicio, fecha de finalización): _____
Responsable de la toma de decisiones médicas: _____	¿Está la MDM activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Documento de la MDM (cargar):
¿Es su tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Idioma/accesibilidad

Preferido:	Hablado:	Escrito:
¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	¿Tiene dificultad para oír? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	¿Tiene visión deficiente? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Necesidades auditivas/visuales: _____ _____ _____ _____	Necesidades especiales: _____ _____ _____ _____	

INFORMACIÓN DEL PCP Y LA FARMACIA

Proveedor de atención primaria

Agregar PCP:
Agregar miembro del equipo:

Farmacia (para que lo complete únicamente la farmacia)

Farmacia preferida (Marcar como revisado o nunca revisado) <input type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Nunca se revisó
--

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Preferencia de comunicación general

	Correo	Teléfono	Correo electrónico
Preferencia de comunicación general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de cuentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telesalud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO (Esta información solo se usa para asegurar el tratamiento adecuado).

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE DESCRIBAN SUS NECESIDADES

<input type="checkbox"/> Servicios de crisis	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> Servicios de recuperación de adicciones
<input type="checkbox"/> Servicios de empleo	<input type="checkbox"/> Ayuda para encontrar recursos de la comunidad	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN

¿Lo remitieron para tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿quién?
¿Necesita un tratamiento o evaluación ordenado por el tribunal? Si la respuesta es "Sí", marque todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Evaluación de salud mental <input type="checkbox"/> Evaluación de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Manejo del enojo <input type="checkbox"/> Otro	

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN A SU SITUACIÓN ACTUAL

<input type="checkbox"/> Me siento amenazado por alguien/algo	<input type="checkbox"/> Tengo pensamientos relacionados con querer lastimarme
<input type="checkbox"/> Tengo pensamientos relacionados con lastimar a otros	<input type="checkbox"/> Problemas legales: Cantidad de arrestos en los últimos 30 días: ____ Cantidad de arrestos por DUI en los últimos 30 días: ____
<input type="checkbox"/> Otro/ninguno: _____	