



INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN

Gracias por considerar a Garcia House como proveedor de tratamiento. Para que podamos evaluar con precisión nuestra capacidad de satisfacer sus necesidades o las de su cliente, complete esta solicitud en su totalidad. La falta de información puede retrasar nuestro proceso de revisión.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, comuníquese con:
(970) 494-5729.

Las remisiones completas se pueden enviar a garciahousereferrals@summitstonehealth.org

Lista de verificación de remisión

☐ Cuestionario de admisión completo

Indique todos los que tenga disponibles:

☐ Registros de tratamiento y diagnóstico de consumo de sustancias

☐ Evaluación ASAM

☐ Registros de tratamiento y diagnóstico de salud mental

☐ Registros de tratamiento y diagnóstico médico

☐ Registros de visitas recientes al hospital/sala de emergencias

☐ Documentación judicial/legal

☐ Órdenes de recetas actuales (tipo, dosis, frecuencia)

☐ Copia de la tarjeta del seguro



CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

Escriba en letra de molde legible

Si está siendo remitido por otra agencia (DHS, Probation, Parole, Detox, Hospital, etc.), solicite su ayuda para completar este formulario. Si no está siendo remitido por otra agencia y desea ayuda para completar este formulario, comuníquese al (970) 494-5729.

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero - Masculino a Femenino ☐ Transgénero - Femenino a Masculino

☐ Género variante ☐ Agénero ☐ Otro _____

Garcia House trabaja para ofrecer alojamiento para todos los géneros identificados. Indique su preferencia para la asignación de habitación.

Prefiero que me ubiquen con el siguiente género identificado: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____

FUENTE DE REFERENCIA

Nombre: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Autorizo dejar mensaje: ☐ Sí ☐ No

**SEGURO:**

Seguro: Medicare ☐ Sí ☐ No Medicaid ☐ Sí ☐ No SSI ☐ Sí ☐ No

SSDI ☐ Sí ☐ No Seguro privado ☐ Sí ☐ No Pago privado ☐ Sí ☐ No

Otro: _____

Número de miembro (en la tarjeta del seguro): _____

Nombre del titular del seguro: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CLIENTE:

Número de seguro social: _____

Teléfono: _____

Autorizo dejar mensaje: ☐ Sí ☐ NO

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de personas en la familia: _____

Embarazada: ☐ Sí ☐ No Fecha probable de parto (si aplica): _____

GARCIA HOUSE

A CIRCLE PROGRAM BY SUMMITSTONE



Cuántos hijos menores de 18 años están bajo su custodia: _____

Situación de vivienda: ☐ Independiente ☐ Centro correccional ☐ Vivienda sobria ☐ Hogar de ancianos

☐ Casa grupal ☐ Casa de transición ☐ Sin casa (sin dirección fija - incluye refugios)

☐ Centro de tratamiento (residencial/hospitalización/ATU, etc.): _____

Estado civil: ☐ Soltero (nunca casado) ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado

Fuente de ingresos: ☐ Salarios ☐ Asistencia pública ☐ Jubilación/pensión ☐ Discapacidad

☐ Ninguno ☐ Otro: _____

Estado laboral: _____ Ocupación: _____

Número de días trabajados en los últimos 30 días: _____ Ingresos anuales: _____

Nivel más alto de educación: _____

Estado de admisión (marque uno):

☐ Voluntario ☐ DHS ☐ Internación involuntaria ☐ Condición de libertad condicional/libertad bajo palabra/previo al juicio

INFORMACIÓN DE JUSTICIA PENAL (SI CORRESPONDE)

Delincuente sexual registrado: ☐ Sí ☐ No

Actualmente participa en tratamiento para delincuentes sexuales: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, envíe la documentación del tratamiento para delincuentes sexuales.

¿Actualmente bajo supervisión de delincuentes sexuales? ☐ Sí ☐ No

Si actualmente está bajo cualquier supervisión legal, al momento de la admisión, se le pedirá que firme una autorización de revelación de información para la agencia supervisora

Cargos pendientes: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, explique: _____

Nombre del oficial de libertad condicional/libertad bajo palabra, estado y condado e información de contacto (si corresponde): _____

Cargos penales actuales: _____



Historial de consumo de sustancias:

Sustancia	Frecuencia de consumo	Cantidad consumida	Método de consumo (oral, nasal, IV, fumado)	Fecha del último consumo	Período más largo de sobriedad	Historial de abstinencia – si la respuesta es sí, describa lo que sucedió
Alcohol						
Cocaína/crack						
Marihuana						
Estimulantes, metanfetamina, anfetaminas						
Heroína						
Opiáceos (Morphine, OxyContin, Fentanyl, Percocet, etc.)						
Alucinógenos (MDMA, hongos, Ecstasy, PCP)						
Tranquilizantes, benzodiazepinas o ayudas para dormir (Xanax, Valium, Ativan, Ketamine, Ambien, Sonata, Lunesta)						
Inhalantes						
Nicotina						
Otros (sales de baño, spice, Kratom): _____						



¿Alguna vez le han diagnosticado un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique los diagnósticos y las fechas aproximadas del diagnóstico:

Fecha	Diagnóstico

Explique cualquier otra área problemática de su vida (juegos de azar, trastorno alimentario, compras, etc.):

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o por consumo de sustancias anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique el nombre del centro y las fechas del tratamiento:

Fechas del tratamiento	Centro

Historial médico: Indique cualquier afección médica o diagnóstico pasado o actual:

Pasado/actual	Afecciones médicas/diagnósticos

GARCIA HOUSE

A CIRCLE PROGRAM BY SUMMITSTONE



Indique todos los medicamentos actuales y las dosis:

Medicamento	Dosis

Indique cualquier equipo médico duradero (oxígeno, C-pap, glucómetro, etc.):

Equipo médico duradero

Indique cualquier necesidad dietética o alergia alimentaria:

Dietética/alergia	Tipo

CUALQUIER TERGIVERSACIÓN DE LA INFORMACIÓN PUEDE RESULTAR EN LA DENEGACIÓN DE LA ADMISIÓN

Firma del cliente

Fecha

Persona que completa la solicitud, si no es el cliente: _____