

Intake and Screening

Client Demographic Information

Fuente de referencia:
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Edad (12-22 y/o assign to Grant Associate):
Identificación de Seguro:
Estado Civil:
Raza/Etnicidad:
Género:
Pronombres preferidos:
Dirección actual/dirección postal:
Ciudad:
Código postal:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

Intake and Screening

Pareja	
Nombre de Pareja:	
Fecha de nacimiento:	
Dirección:	
Ciudad:	
Código postal:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	

Miembro de la familia

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código postal:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código postal:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Código postal:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de teléfono:

Intake and Screening

Para los niños (If Applicable)

** ¿Es usted un tutor o padre biológico?

Guardian Questions:

- 1) ¿Puede proporcionar documentos de tutela??
 - a. Yes: Informar que deberán proporcionar documentación antes de la 1ª sesión
 - b. No: Continúe con la evaluación y comuníquese con un líder o supervisor **antes** de programar.

Nombre del tutor:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

Parent Questions:

¿Usted y el padre biológico del cliente están actualmente casados legalmente?

¿Usted y el padre biológico del otro cliente han estado casados alguna vez?

¿Hay alguna orden de custodia vigente?

¿Está el otro padre dispuesto a dar su consentimiento?

Nombre de los padres:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

Nombre de los padres:
Fecha de nacimiento:
Dirección:
Ciudad:
Código postal:
Número de teléfono:
Correo electrónico:

"Solo unas pocas preguntas más, antes de que podamos prepararle una cita"

Intake and Screening

- 1) ¿Hay algún problema judicial o legal actual o pendiente (compensación laboral, demandas legales, custodia, divorcio, etc.)? (Y/N) (If Yes; REFER OUT)
- 2) ¿Hay alguna agencia externa que le exija que reciba terapia? Si es así, ¿requiere un médico clínico con licencia? (Y/N) (If Yes; REFER OUT)
- 3) ¿Está actualmente o alguna vez ha estado en el registro de delincuentes sexuales? (California Penal Code 290)? (Y/N) (If Yes and no other concerns; ASSOCIATE/TELEHEALTH)
- 4) ¿Hay algún problema actual de abuso de alcohol o sustancias? ¿Es esta su razón principal para buscar terapia? (Y/N)
- 5) ¿Es usted cliente de BAART? (Y/N)
- 6) ¿Está utilizando actualmente el mantenimiento con metadona? (Y/N)
- 7) ¿Hay alguna preocupación con respecto al peligro para usted o para los demás? (Y/N)
- 8) ¿Ha estado hospitalizado en un hospital psiquiátrico en los últimos 6 meses? (Y/N)
- 9) ¿Está escuchando o viendo cosas que están fuera de lo común o que siente que son una preocupación? (Y/N)
- 10) ¿Alguna vez te han diagnosticado un trastorno alimentario, comer poco o comer en exceso intencionalmente? (Y/N)
- 11) ¿Ha estado involucrado en un abuso doméstico que resultó en violencia en el último año?? (Y/N)

Intake and Screening

Mandate

Tenemos el mandato de ver una clientela de leve a moderada. Si su terapeuta determina que el caso es demasiado grave para nuestro mandato, derivaremos al cliente a servicios alternativos.

Screening Notes

Intake and Screening

Información de contacto médico

Nombre del médico/agencia:
Número de teléfono:

Información demográfica de emergencia

Marca/modelo/número de placa del coche:
Teléfono del trabajo:
Dirección postal:
Empleador actual:

Formulario de contacto de emergencia del cliente

Nombre:
Relación:
Dirección:
Teléfono (de trabajo o celular):
Empleador:

Intake and Screening

Referral Out (Screeners)

Name and Date:
Date Referrals Sent:
NBN Completed (Y/N):

Scheduled Appointment

Clinician Name:
Date of Appointment:
Zoom/Phone:

Practicemate Checklist

- Patient Data
 - PCP Indicated
 - Demographics
 - Emergency Contact
- Insurance
 - Patient Account Number
 - Subscriber ID
 - Authorization

CashPay

- Card Number
- CVV Number
- Expiration Date
- Zip code
- Fee (initial/ongoing)

Email/Text

- Initial Questions Sent
- Zoom Link Sent

SCA Assigned to:
