

Provider: _____

Strong Integrated Behavioral Health, LLC
66 Club Rd., Suite 120, Eugene, OR 97401
Phone: (541)393-5983 Fax: (541)393-5984

FORMA DE REGISTRO PARA ADULTOS Y QUESTIONARIO INICIAL

Gracias por tomar el tiempo de completar esta forma de registro en su totalidad. Esto proveera information util a nuestros psicologos para completar su session de admission y planificar su evaluaci3n o tratamiento.

Fecha:		
Nombre:		
Domicilio:		
Numero de telefono(s): Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ ¿A que numero desea que nos comuniquemos con usted o dejemos mensaje? _____ ¿Le gustaria que sus recordatorios de cita lleguen a usted en forma de llamada o mensaje de texto? ¿A que numero? _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Identidad de genero: _____ Mujer, Hombre, Transgenero, Genderqueer
Nacionalidad: _____	Religi3n: _____	Identidad sexual: Gay, Heterosexual, Lesbiana, Bisexual, Pansexual, Queer, Otro
Raza/Etnico: Asiático/Pacífico, Africano Americano, Hispano/Latino		
Numero Seguro Social (SS#): _____		Correo electronico: _____
Estado civil/ informacion de su pareja:		
¿Por quien fue referido a esta oficina?		

Informaci3n de Seguro: Primaria
Companiá de seguro: _____ Telefono: _____
Nombre del suscriptor: _____ Subscriber's DOB: _____
ID# _____ Group # _____
Relaci3n al paciente: Yo _____ Conyúge _____ Hijo(a) _____ Padres _____ Otro _____
Empleador: _____

Informaci3n de Seguro: Secundari3
Companiá de seguro: _____ Telefono: _____
Nombre del suscriptor: _____ Subscriber's DOB: _____
ID# _____ Group # _____
Relaci3n al paciente: Yo _____ Conyúge _____ Hijo(a) _____ Padres _____ Otro _____
Empleador: _____

Provider: _____

Amigo o Pariente mas cercano que no vive con usted en caso de una emergencia:

Nombre y parentesco: _____

Domicilio: _____

Numero de telefono: _____

Quién vive con usted?

	Nombre:	Parentesco:	Edad:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Empleador:

Posición:

Nivel mas alto de estudios completado:

Describe el problema por lo cual está aquí hoy:

Historial Medico

S	N	¿Ha tenido problemas grave de salud? (Explique)
S	N	¿Ha tenido prolemas de vision o audición?
S	N	¿Ha tenido una lesion seria de cabeza o a estado inconiente? (Explique)
S	N	¿Alguna vez a intentado lastimarse a si mismo como forma de desahogarse? Si sí, explique:
S	N	¿Alguna vez a hecho una dieta extrema o restringido la cantidad de comida que consume o variedad que come, vomitado, compulsivamente ejercitado o comidó de mas? Por favor explique:
S	N	¿Alguna vez alguien lo a asaltado físicamente _____ acosado sexualmente o acecho, _____ abusado sexualmente _____, violación o agresión sexual _____?

Provider: _____

Historial de Salud Mental		
S	N	¿Alguna vez en el pasado a ido a consejeria o therapia de psicologia? Si es el caso, con quien y para que tipo de problema?
S	N	¿Alguna vez a sido atendido por un psiquiatra? (Informe nombre y fechas)
S	N	¿Alguna vez a sido hospitalizado para tratamiento de salud mental? (Informe lugares y fechas)
S	N	¿Tiene historial de comportamiento suicida? (Explique)
S	N	¿Tiene historial de violencia o agresión? (Explique)
S	N	¿Tiene historial de abuso de drogas o alcohol? (Explique)

		Problemas de Salud Mental en Familia:	Madre	Padre	Otro Pariente (sea específico)
S	N	Depresión			
S	N	Trastorno Bipolar			
S	N	Ansiedad			
S	N	Esquizofrenia			
S	N	Autismo o Trastorno de Desarrollo			
S	N	Tics o syndrome de Tourette			
S	N	Desorden obsesivo compulsivo (OCD)			
S	N	ADHD/Hiperactividad			
S	N	Abuso de Alcohol o drogas			
S	N	Discapacidad de Aprendizaje			
S	N	Anorexia/Bulimia/Desorden de Alimentación			
S	N	Otro problema mental o emocional (sea específico)			

Provider: _____

Por favor informe de su doctor principal y cualquier otro proveedor de salud que lo a atendido eso podría ser util para su tratamiento. (Esta oficina no se comunicara con estos individuos a menos que firma una forma para autorizarlo).

Por favor anote cualquier medicamento(s) que este tomando:

Nombre de Medicamento Dosis y Hora que se toma Rason por cual toma el Medicamento
