

Harrisonburg-Rockingham Community Services Board
SOLICITUD DE SERVICIOS

INFORMACION DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Nombre anterior _____
Nombre(s) Apellido(s)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Sexo: _____ Raza: _____ Origen Hispano: _____

En caso de ser menor de edad, nombre del padre/madre/tutor: _____

¿Ha venido antes al CSB? _____ ¿cuándo? _____

¿Está usted estudiando la Universidad? _____ ¿en dónde? _____

Nombre y dirección de la persona que podemos contactar en caso de emergencia:

teléfono

relación con usted

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO:

¿Tiene algún tipo de **Medicaid**? sí no ¿**Medicare**? sí no

¿Algún otro seguro médico? sí no ¿Qué tipo? _____

Titular del seguro: _____ Relación con cliente: _____

de grupo: _____ # de póliza: _____

Empleador del titular: _____

DETALLES CON RESPECTO A SOLICITUD:

¿Ha sido referido(a) al CSB? _____ ¿Por quién? _____

Razón por la que está solicitando servicios: _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de sustancias o salud mental? sí no

Identifique dónde y cuándo: _____

H-R CSB Solicitud de Servicios

Nombre del cliente _____

¿Está usted tomando medicamentos? sí no Identifique los medicamentos en el espacio proporcionado.

Medicamento	Dosis	Inicio	Doctor(a)

¿Tiene alergia a algún medicamento o comida? sí no Por favor, identifique sus alergias en el espacio proporcionado.

Medicamento, comida, etc.	¿Es Severo? Si o No	Reacción

¿Ha usado o actualmente usa alcohol o drogas? sí no Identifique los tipos de alcohol y/o drogas en el espacio proporcionado.

Tipo	Frecuencia	Cantidad	Fecha de ultimo uso	Método de uso

¿Desea usted obtener servicios para el abuso de sustancias? sí no

¿Está embarazada? sí no

¿Alguna vez ha intentado suicidarse o causarse daño a si mismo(a) o a alguna otra persona? sí no

¿Cuándo? _____

Por favor describa algún otro u otros problemas por los que necesitan atención inmediata. _____

Información sobre el Cliente

Por favor ponga una X al lado de las descripciones que le apliquen a su persona.

Problemas de Humor

- Me siento sin ánimo o triste
 Me siento nervioso(a) o ansioso(a) frecuentemente
 Ataques de pánico

Problemas en Relaciones

- Tengo conflictos con gente importante en mi vida
 Me siento solo(a) frecuentemente
 Tengo problemas con mis compañeros de trabajo
 He sufrido una pérdida de relación o muerte

Problemas con Abuso de Sustancias

- Creo que tengo problemas con alcohol y/o drogas
 Otra persona piensa que tengo problemas con alcohol y/o drogas
 Necesito empezar un programa para combatir problemas con alcohol y/o drogas

Problemas de Seguridad

- Escucho voces o veo cosas que otros no escuchan o ven
 Estoy dañándome o tengo miedo de que me vaya a hacer daño
 Estoy pensando en suicidarme
 Estoy pensando en hacerle daño a otra persona
 Me encuentro en una situación que es peligrosa o insalubre

Problemas en la vida cotidiana

- Tengo problemas manejando mis finanzas
 Tengo problemas de vivienda.
 Tengo problemas en mi funcionamiento de vida cotidiana o rutina diaria.

Firma del Cliente: _____ **Fecha** _____

(En caso de que el cliente sea menor de edad, firma del padre/madre/tutor)