



## Reconocimiento de Documentos para Orientación y Consentimiento para Tratamiento

### Reconocimiento de paquete de Orientación:

Al firmar este formulario, esta afirmado que ha recibido o rechazado una copia impresa de la siguiente información para la Salud del Comportamiento del Condado de Polk. Le recomendamos que revise todos los documentos del paquete de orientación con atención. Si ha rechazado una copia impresa, puede visitar nuestro sitio web en <https://www.co.polk.or.us/bh> para revisar los materiales en línea. El paquete de orientación contiene la siguiente información:

- Resumen de Servicios
- Derechos y Responsabilidades del Cliente
- Información Sobre Agravios y Quejas Formales
- Aviso de Prácticas de Privacidad

\_\_\_\_\_ Recibí una copia impresa del paquete de orientación.

\_\_\_\_\_ Rechace la copia impresa del paquete de orientación, pero he revisado todos los documentos.

### Consentimiento para Tratamiento

Al aceptar recibir servicios de la Salud del Comportamiento del Condado de Polk, reconozco que los riesgos y beneficios del tratamiento incluyen, entre otros, los siguientes:

#### Beneficios

- Determinar mis puntos fuertes y metas para mi tratamiento
- Elegir cuales son mis prioridades y objetivos trabajando junto con mi terapeuta para decidir cómo alcanzar esos objetivos
- La oportunidad de hacerme más independiente
- Disfrutar de una mayor satisfacción en la calidad de mi vida
- Desarrollar un plan personalizado para sobrellevar situaciones difíciles de crisis, o de seguridad
- Gozar del aumento de respuestas positivas a situaciones difíciles
- Mejorar mis relaciones personales

#### Riesgos

- Experimentar niveles incómodos de sentimientos como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia
- Enfrentar a emociones dolorosas, a veces por primera vez, que pueden llevar temporalmente a sentirse peor
- Recordar o hablar sobre aspectos desagradables de su vida, que puede provocar sentimientos incómodos
- Crecimiento personal que a veces requiere cambios resultándole incómodo o inesperado
- Personas importantes para uno pueden notar los cambios que hace; su relación con ellos puede verse afectada por los cambios que haga
- Es posible no lograr mejorar al nivel deseado

Entiendo que tengo derecho a rechazar o suspender el tratamiento en cualquier momento. Entiendo que rechazar o suspender el tratamiento puede tener un efecto en mi condición; puede empeorar, permanecer igual, o mejorar. Doy permiso a la Salud del Comportamiento del Condado de Polk para que me brinde tratamiento y servicios a mí, a mi hijo o a la persona de la que soy el tutor legal.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del cliente

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del tutor legal si corresponde

\_\_\_\_\_  
Fecha

SOLO PARA USO DE OFECINA ID del cliente: \_\_\_\_\_



## ACUERDO FINANCIERO Y CONSENTIMIENTO

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable y pagar por los servicios que no están completamente cubiertos por el seguro. Entiendo que la ley permite que la Salud del Comportamiento del Condado de Polk me cobre la cantidad adeuda.

Autorizo a la Salud del Comportamiento del Condado de Polk a usar, divulgar y comunicar tanto verbalmente como por escrito mi información de salud, incluido el uso de sustancias y la información de salud mental hacia y desde mi compañía de seguro médico u otra entidad responsable de mis facturas médicas con el propósito de elegibilidad, pago, auditoría y operaciones de atención médica.

Estoy de acuerdo en asignar a la Salud del Comportamiento del Condado de Polk todo el dinero al que tengo derecho del seguro por los servicios recibidos.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del cliente

\_\_\_\_\_  
Firma:  Cliente -o-  Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Registración para la Salud del Comportamiento

Por favor llene la siguiente información para la persona que va a recibir los servicios de la Salud Mental o Adicción. Si necesita ayuda para llenar cualquiera de estas formas por favor déjele saber a un miembro del personal. Gracias!

## ¿CUALES SERVICIOS ESTA BUSCANDO?

Terapia de Salud Mental     Tratamiento de Alcohol & Drogas     DUII     Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL CLIENTE:

Apellido		Nombre		Inicial de 2° nombre	
No. de Seguro Social - -	# de DMV de Oregon / Licencia de conducir (se requiere si busca servicios de DUII)			Fecha de Nacimiento / /	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección (si es diferente de la anterior)		Ciudad	Estado	Código Postal	

Para niños menores: Nombre del padre:

Nombre del padre: (por favor imprimir) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: (por favor imprimir) \_\_\_\_\_

Un menor de 14 años o más podrá acceder a tratamiento de salud mental, drogas o alcohol **SIN** el consentimiento de sus padres.  
- Solicitamos información de los padres/tutores porque a menos que existan preocupaciones de seguridad, se espera que los padres participen en el tratamiento de su hijo menor en algún momento.  
- La participación no significa que los adultos siempre tengan acceso a los registros de salud mental o de los registros de la dependencia química de un menor.  
- La regulación federal 42 CFR 2.14 establece que si un menor puede dar su propio consentimiento para recibir tratamiento por drogas o alcohol, los registros de tratamiento del menor **no se pueden divulgar sin el consentimiento por escrito del menor** (incluso al padre o tutor).

## INFORMACION DE SEGURO DEL CLIENTE:

No. del Plan de Salud de Oregon		Nombre del Plan de Salud			
No. de Identificación de Medicare		Cobertura: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D Nombre:			
Nombre del Plan de Salud adicional		No. de Grupo	ID #	Número de Teléfono del Seguro Médico:	
Parte Responsable (si es diferente al asegurado)		Parentesco	Fecha de Nacimiento / /	Número de Teléfono	
Es un Plan de Salud Adicional a través de: <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Auto-Comprado <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Otro: _____					

## COMUNICACIÓN

Número de teléfono de casa : ¿Mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono de Celular: ¿Mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Podemos enviar mensajes de texto sobre citas a este teléfono? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico del cliente: _____ ¿Podemos enviar mensajes de correo electrónico sobre citas a esta dirección de correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su método preferido para las citas? <input type="checkbox"/> Prefiero asistir a las citas EN PERSONA <input type="checkbox"/> Prefiero las citas por VIDEO <input type="checkbox"/> No tengo preferencia, ya sea EN PERSONA o en VIDEO está bien para mí. <i>Haremos todo lo posible para adaptarnos a sus preferencias; sin embargo, es posible que no siempre esté garantizado.</i>

## INFORMACIÓN DE SALUD

Indique los servicios que ha recibido en el pasado. Por favor, indique si podemos solicitar estos registros

Permiso para Solicitar Registros:

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia de Salud Mental | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de A&D      | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Manejo de Medicamento   | Proporcionado Por: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Doctor de Cabecera** – ¿Quién provee su cuidado médico?

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica / Ubicación: \_\_\_\_\_

¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consumes tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Consumes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consumes drogas de forma recreativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usa drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usa drogas intravenosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha consumido drogas o alcohol sin receta en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## DIRECTIVA ANTICIPADA

¿Ha completado previamente una directiva anticipada?

- No, no he completado una directiva anticipada
- Sí, he completado una directiva anticipada. Usted ha indicado que ha completado previamente una directiva anticipada; especifique con quién está archivada:
- Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_
- Hospital: \_\_\_\_\_
- Familia, Abogado, Representante Personal: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS / ALERGIAS

¿Tiene algún tipo de alergia a los medicamentos?  Sí  No

Si es así, por favor escriba:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#

Si actualmente usted está siendo recetado alguno de los siguientes medicamentos, por favor marque todos los que correspondan:

Medicamento	Recetador?	Medicamento	Recetador?
<b>Antipsychotics</b>		<b>ADHD - no estimulante</b>	
<input type="checkbox"/> olanzapine/Zyprexa _____		<input type="checkbox"/> atomoxetine/ Strattera _____	
<input type="checkbox"/> risperidone/ Risperdal _____		<input type="checkbox"/> clonidine/ Catapres/Kapvay _____	
<input type="checkbox"/> clozapine/ Clozaril _____		<input type="checkbox"/> guanfacine / Tenex/ Intuniv _____	
<input type="checkbox"/> aripiprazole/ Abilify _____		<input type="checkbox"/> bupropion/ Wellbutrin _____	
<input type="checkbox"/> quetiapine/ Seroquel _____			
<input type="checkbox"/> chlorpromazine/ Thorazine _____		<b>Antidepressants</b>	
<input type="checkbox"/> haloperidol/Haldol _____		<input type="checkbox"/> fluoxetine/Prozac _____	
<input type="checkbox"/> ziprasidone/Geodon _____		<input type="checkbox"/> citalopram/ Celexa _____	
<input type="checkbox"/> paliperidone/ Invega _____		<input type="checkbox"/> sertraline/ Zoloft _____	
<input type="checkbox"/> asenapine/ Saphris _____		<input type="checkbox"/> escitalopram/ Lexapro _____	
<input type="checkbox"/> lurasidone/Latuda _____		<input type="checkbox"/> bupropion/ Wellbutrin _____	
<input type="checkbox"/> cariprazine/Vraylar _____		<input type="checkbox"/> paroxetine/ Paxil _____	
		<input type="checkbox"/> mirtazapine/ Remeron _____	
<b>Benzodiazepines</b>		<input type="checkbox"/> duloxetine/ Cymbalta _____	
<input type="checkbox"/> lorazepam/ Ativan _____		<input type="checkbox"/> venlafaxine/ Effexor XR _____	
<input type="checkbox"/> clonazepam/ Klonopin _____		<input type="checkbox"/> desvenlafaxine / Pristiq _____	
<input type="checkbox"/> diazepam/ Valium _____		<input type="checkbox"/> levomilnacipran/ Fetzima _____	
<input type="checkbox"/> alprazolam/ Xanax _____		<input type="checkbox"/> vortioxetine/ Trintellix _____	
<input type="checkbox"/> chlordiazepoxide/ Librium _____		<input type="checkbox"/> vilazodone/ Viibryd _____	
<input type="checkbox"/> temazepam/restoril _____			
<input type="checkbox"/> flurazepam/Dalmane _____		<b>Otro</b>	
<b>ADHD - Drogas Estimulantes:</b>		<input type="checkbox"/> Vicodin _____	
<input type="checkbox"/> Adderall XR _____		<input type="checkbox"/> Oxycontin _____	
<input type="checkbox"/> Adderall _____		<input type="checkbox"/> Fentanyl/Duragesic/Fentora _____	
<input type="checkbox"/> Concerta _____		<input type="checkbox"/> Lorcet/Lortab/ Norco _____	
<input type="checkbox"/> Dexadrine _____		<input type="checkbox"/> Hydromorphone/Dilaudid _____	
<input type="checkbox"/> Daytrana _____		<input type="checkbox"/> Merperidine/Demerol _____	
<input type="checkbox"/> Focalin XR _____		<input type="checkbox"/> Methadone/Dolophine _____	
<input type="checkbox"/> Quillivant XR _____		<input type="checkbox"/> Morhpine/MS contin _____	
<input type="checkbox"/> Ritalin _____		<input type="checkbox"/> Oxycodone _____	
<input type="checkbox"/> Ritalin SR _____		<input type="checkbox"/> Oxyfast/Roxicodine _____	
<input type="checkbox"/> Vyvanse _____		<input type="checkbox"/> Targiniq ER _____	
<input type="checkbox"/> Metadate ER _____		<input type="checkbox"/> Percocet _____	
<input type="checkbox"/> Metadate CD _____		<input type="checkbox"/> Tramadol _____	
<input type="checkbox"/> Methylin ER _____		<input type="checkbox"/> Suboxone _____	
<input type="checkbox"/> Jornay _____		<input type="checkbox"/> Other: _____	

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#

# INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Debido a que somos un proveedor de Medicaid, debemos hacer las siguientes preguntas. La Autoridad de Salud de Oregon utiliza la información recopilada para comprender mejor las necesidades y los antecedentes de las personas a las que atendemos. Esta información también les ayuda a tomar decisiones sobre programas futuros que desarrollarán y financiarán.

1. **¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?**

2. **¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.**

<p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p> <p><b>Hispano(a) y Latino(a/x)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Centroamericano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Sudamericano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen</p> <p><b>Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chamoru (chamorro(a))</p> <p><input type="checkbox"/> Marshalés(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de la región de Micronesia</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo(a) de otras Islas del Pacífico</p> <p><b>Blanca</b></p> <p><input type="checkbox"/> De Europa del Este</p> <p><input type="checkbox"/> Esloveno(a)</p> <p><input type="checkbox"/> De Europa Occidental</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco</p>	<p><b>Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano</p> <p><b>2a. ¿Afiliación Tribal?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No Aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Burns Paiute</p> <p><input type="checkbox"/> Tribu Conf Coos, Lower Ump &amp; Siuslaw</p> <p><input type="checkbox"/> Tribu Confederado de Grand Ronde</p> <p><input type="checkbox"/> Tribu Conf de Siletz</p> <p><input type="checkbox"/> Tribu Conf de Umatilla</p> <p><input type="checkbox"/> Tribu Confederado de Warm Springs</p> <p><input type="checkbox"/> Tribu de Coquille Indian</p> <p><input type="checkbox"/> Cow Creek / Indios de Ump</p> <p><input type="checkbox"/> Tribus de Klamath</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p>	<p><b>Negro(a) y afroestadounidense</b></p> <p><input type="checkbox"/> Afroestadounidense</p> <p><input type="checkbox"/> Afrocaribeño(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Etíope</p> <p><input type="checkbox"/> Somali</p> <p><input type="checkbox"/> Africano(a) de otro origen (negro)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro</p> <p><b>De Oriente Medio/del Norte de África</b></p> <p><input type="checkbox"/> De Oriente Medio</p> <p><input type="checkbox"/> Del Norte de África</p> <p><b>Asiática</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indígena asiático(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Camboyano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Chino(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidades de Myanmar</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Laosiano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Del sur de Asia</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otros asiáticos</p>
---	---	---

2b. **¿Etnia?:**

No deseo responder   
  No de Origen Hispana   
  Hispano   
  Cubano   
  Mexicano   
  Puertorriqueño  
 Otro Hispano Específico \_\_\_\_\_

3. **Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?**

<p><input type="checkbox"/> Sí. Por favor escriba su principal identidad racial o étnica. _____</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo solo una identidad racial o étnica principal.</p>	<p><input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial.</p> <p><input type="checkbox"/> N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.</p> <p><input type="checkbox"/> No sé</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo responder</p>
--	--

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#

4a. ¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

\* *Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés*

4b. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o virtualmente, ¿qué idioma prefiere?

Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

4c. ¿En qué idioma desea que le escribamos?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

5a. **Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete? \*(Intérpretes están disponibles sin costo)**

Sí  No  No sé  No deseo responder

5b. **¿Si necesita o gusta un interprete, que tipo de interprete prefiere?**

Intérprete de idioma hablado

Intérprete de Sordera para individuos sordociegos, con barreras adicionales, o ambos

Otro (por favor identifique): \_\_\_\_\_

\* *Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas*

6. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

Muy bien  Bien  No bien  Nada  No sé  No deseo responder

7. ¿Es usted una persona sorda o tiene una dificultad seria para oír?

Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_  No  No sé  No deseo responder

8. ¿Es usted una persona ciega o tiene una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_  No  No sé  No deseo responder

\* *Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años*

9. ¿Tiene una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_  No  No sé  No deseo responder

10. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_  No  No sé  No deseo responder

11. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_  No  No sé  No deseo responder

12. ¿Tiene una dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_  No  No sé  No deseo responder

---

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#

**13. Cuándo usa su idioma habitual (de costumbre), ¿tiene una dificultad seria para comunicarse, por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás?**

- Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_
- No
- No sé
- No deseo responder
- No sabe qué se le pregunta en esta pregunta

**\* Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años**

**14. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a), tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?**

- Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_
- No
- No sé
- No deseo responder

**15. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones?**

- Sí - \*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? \_\_\_\_\_
- No
- No sé
- No deseo responder
- No sabe qué se le pregunta en esta pregunta

**16. ¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual (la del cliente)?**

- No se que es lo que pregunta esta pregunta
- No quiero responder
- No lo sé
- Heterosexual
- Homosexual
- Lesbiana
- Bisexual
- Pansexual
- Asexual
- Queer
- Amor del mismo sexo
- Amor entre personas del mismo sexo
- Interrogatorio
- No enlistado

**17. ¿Apellido del cliente al nacer? (¿Cuál es el apellido en el certificado de nacimiento del cliente?)**

\_\_\_\_\_

**18. Identidad de Género**  Femenino  Masculino  Mujer Trans  Hombre Trans  No Binario

**18a. ¿Qué género se le asignó a usted (el cliente) al nacer (en su certificado de nacimiento original)?**  Mujer  Hombre

**19. ¿El cliente es un veterano?**

- Sí, veterano y militar en servicio activo actual o anterior
- Sí, veterano y actual o anterior guardia / reserva militar
- No, pero militares actuales o anteriores de la Guardia/Reserva
- No

**20. ¿Cuál es el grado (año) más alto completado por el cliente?** \_\_\_\_\_

**20a. Si actualmente eres estudiante, ¿a qué escuela asistes?** \_\_\_\_\_

**21. ¿Cuál es el condado de residencia del cliente?**  Polk  Marion  Otro: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#



**22. ¿Cuál es el estado civil (matrimonial) del cliente? (Si vive como casado - por favor marque Casado)**

- Nunca Casado    Casado    Divorciado    Separado    Viudo

**23. ¿Cuál es la situación laboral del cliente? (Marque TODO lo que corresponda)**

- Tiempo completo (35 o más horas)  
 Tiempo Parcial (Menos de 35 horas)  
 Desempleado (Buscando trabajo o suspendido)  
 Amo de Casa  
 Alumno/Estudiante  
 Jubilado  
 Discapacitado (No puede trabajar por razones físicas o psicológicas)  
 Paciente Hospitalizado o Residente de otras Instituciones  
 Otra clasificación reportada (por ejemplo, voluntarios)  
 Empleo protegido/no competitivo (trabajos en entornos segregados para una población específica, destinados a proporcionar capacitación y experiencia)  
 Sin Trabajo (no buscando trabajo activamente)

**23a. ¿Estás interesado en recibir información sobre cómo encontrar empleo?**    Sí    No

**24. ¿Cuál es la fuente principal de ingresos/apoyo para el cliente o padres del cliente?**

- Sueldo/Salario    Discapacidad/SSDI    Otro  
 Asistencia Pública    Jubilado/Pensión/SSI    Ninguna

**25. Ingreso bruto mensual estimado del hogar:** \$ \_\_\_\_\_    Sin ingresos    Negarse a responder

**26. ¿Cuál es el número total de personas que dependen de los ingresos del hogar?** \_\_\_\_\_

**26a. ¿Cuántos de estos son edades 0-17?** \_\_\_\_\_

**27. ¿Cuál es el estado de vivienda del cliente?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (en casa)           | <input type="checkbox"/> Vivienda Libre de Alcohol y Drogas       |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (con familiares)    | <input type="checkbox"/> Oxford Home                              |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (con no relativo)   | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SUD)            |
| <input type="checkbox"/> Otra Residencia Privada                | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (BRS)            |
| <input type="checkbox"/> Transitorio / Sin Hogar                | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (CSEC)           |
| <input type="checkbox"/> Casa de Acogida                        | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS)           |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial                | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SCIP/SAIP)      |
| <input type="checkbox"/> Cárcel                                 | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SRTF or YAT)    |
| <input type="checkbox"/> Prisión                                | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (RTH or YAT)     |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento y Comida                   | <input type="checkbox"/> Residencial Seguro (SRTF Adulto)         |
| <input type="checkbox"/> Vivienda con Apoyo                     | <input type="checkbox"/> Centro Residencial de Cuidados Subagudos |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (sitio disperso)     | <input type="checkbox"/> Otro _____                               |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (entorno congregado) |   |

---

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#

**28. Arrestos:**

Por favor indique el número de arrestos en el ÚLTIMO MES \_\_\_\_

Por favor indique el número de arrestos en su VIDA \_\_\_\_

Indique el número de arrestos por DUII en el ÚLTIMO MES \_\_\_\_

Indique el número de arrestos por DUII en su VIDA \_\_\_\_

**29. Who Referred You To Us?**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Yo Mismo   | <input type="checkbox"/> Tribunal de Circuito                               | <input type="checkbox"/> Familia / Amigo              | <input type="checkbox"/> Cárcel                         |
| <input type="checkbox"/> Bienestar Infantil   | <input type="checkbox"/> Corte Federal                                      | <input type="checkbox"/> Redes Sociales,<br>Internet  | <input type="checkbox"/> Prisión Estatal                |
| <input type="checkbox"/> Línea de Ayuda en<br>Caso de Crisis                        | <input type="checkbox"/> Corte Municipal                                    | <input type="checkbox"/> Policía o Sheriff            | <input type="checkbox"/> Prision Federal                |
| <input type="checkbox"/> Especialistas en<br>Detección de Alcohol<br>y otras drogas | <input type="checkbox"/> Grupo de Defensores                                | <input type="checkbox"/> Empleador                    | <input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico<br>Estatal |
| <input type="checkbox"/> Sistemas de Libertad<br>Condiciona (Prisión)               | <input type="checkbox"/> Envejecimiento y<br>Discapacidad                   | <input type="checkbox"/> Servicios de Empleo          | <input type="checkbox"/> PSRB Board                     |
| <input type="checkbox"/> Sistemas de Libertad<br>Condiciona (Cárcel)                | <input type="checkbox"/> Abogado  | <input type="checkbox"/> Rehabilitación<br>vocacional | <input type="checkbox"/> Tribunal de Justicia           |
| <input type="checkbox"/> Escuela  | <input type="checkbox"/> Servicios para<br>Discapacidades del<br>Desarrollo | <input type="checkbox"/> Plan de Salud/CCO            | <input type="checkbox"/> Ninguno                        |
|   | <input type="checkbox"/> Doctor, Enfermero o<br>Medico                      |   | <input type="checkbox"/> Otro _____                     |

---

FOR OFFICE USE ONLY

Received By:

Client ID#