

INFORMACIÓN DE PACIENTES					
Apellido		Primer Nombre		Número de Seguro Social	
Fecha de Nacimiento			Sexo		Pronombres
Dirección de Residencia			N. ° de Apartamento/Unidad		
Dirección Postal			N. ° de Apartamento/Unidad		
Ciudad		Estado		Código Postal	
Teléfono de Día		Teléfono Celular		Teléfono de Casa	
SEGURO PRINCIPAL (Por favor tenga en cuenta que NO facturamos por servicios de crisis; esta información es importante para la derivación de servicios.)					
Nombre del Seguro		Número de póliza			
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre		Relación			
Teléfono de Casa		Teléfono Celular		Ciudad/Estado	
MOTIVO DE LA VISITA					
¿Qué le trae por aquí hoy? (Marque todo lo que corresponda.)	<input type="checkbox"/> Sentirse inseguro(a) <input type="checkbox"/> Sentirse asustado(a) <input type="checkbox"/> Sentimientos de ansiedad <input type="checkbox"/> Dificultades en las relaciones	<input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a sí mismo <input type="checkbox"/> Preocupación por el abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Pensamientos de dañar a otros	<input type="checkbox"/> Sentirse desesperanzado <input type="checkbox"/> Buscando información <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ _____		
INFORMACION MÉDICA					
¿Tiene alguna preocupación médica actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza que le hizo perder el conocimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Sí, escriba el nombre: _____ No, ¿le gustaría ser derivado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicamentos Actuales	Nombre del Medicamento			Dosis	
	_____			_____	
	_____			_____	
	_____			_____	
REFERIDO POR					
¿Quién le refirió al Centro de Crisis?	<input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Un familiar/amigo(a) <input type="checkbox"/> Terapeuta: _____ <input type="checkbox"/> Otro(s): _____		<input type="checkbox"/> Doctor(a): _____ <input type="checkbox"/> De la libertad condicional/Corte: _____		

For Internal Use Only:

Date: _____ Time: _____ MRN _____