1060 Sunset Strip, Sunrise, FL 33313
Tel (954) 333-8787 Fax (954) 333-8621

Cuestionario de Admisión

PROGRAMAS AMBULATORIOS: ☐ Terapia Individual/Familiar ☐ Abuso de Sustancias ☐ SEED (Programa después de la escuela) ☐ PSR Adultos

Nombre del Cliente: _____ Fecha **de Nacimiento:**_____ **Género:** ☐ M ☐F

Direccion del Cliente:_____ Ciudad: _____, FL

Codigo Postal: _____Telf/Movil: _____ E-Mail: _____

Tutor Legal: _____ Relación con el Cliente: _____ Documentación? ☐ Y ☐ N

Hermanos: ☐ No ☐ Si _____

Allergias ☐ No ☐ Si _____

Contacto de Emergencia, Nombre:_____ **Tfno:** _____

Nombre de la Escuela: _____ **Grado:** _____

Lenguaje de Preferencia: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ Otro

_____

Raza: ☐Blanco ☐Afroamericano ☐ Indio Americano ☐Multi-Racial ☐Asiatico or Isleno ☐ Otro _____

Etnicidad: ☐ Cubano ☐Mexicano ☐Puerto Riqueno ☐Otro Hispano ☐Haitiano ☐ Otro _____

Seguro Medico: ☐ Medicaid #/Plan _____ ☐ Auto pago ☐ Pro-Bono

Médico Primario Nombre/Ciudad:_____

Teléfono:_____

Por favor describa los problemas presentes (preocupaciones, comportamiento, sintomas):

_____

_____

_____

☐ Disminución del funcionamiento en la escuela ☐ Disminución en las calificaciones ☐ Mal comportamiento ☐ Asistencia Escolar Deficiente

☐ Problemas Familiares (Describa)_____

☐ Comportamiento Agresivo/ Disruptivo ☐ Desafiante ☐ Argumentativo/ No cooperante ☐ Juega con Fuego ☐ Arrestado

☐ Hiperactivo / Impulsivo ☐ Distraído/Mala concentración

☐ Ansiedad ☐ Irritabilidad ☐ Preocupaciones ☐ Fobias (Describa) _____

☐ Tristeza ☐ Depresión ☐ Problemas para dormir ☐ Aislamiento Social ☐ Disminución/Incremento en el Apetito

☐ Cambios de Humor ☐ Ira intensa ☐ Arrebatos Emocionales

☐ Pensamiento Suicidas ☐ Pensamientos Homicidas ☐ Peligro para si mismo o para otros (Describa)_____

☐ Victima de Abuso Sexual ☐ Comportamiento Sexual Inadecuado (Describa)_____

☐ Esquizofrenia ☐ Escucha Voces ☐ ☐ Alucinaciones ☐ Delirios

☐ Dx de ID/TEA/Trastorno Neurológico (Nivel de funcionamiento verbal/no verbal)

_____

☐ Abuso de Sustancias (Describa el uso actual o la historia de uso):

_____

_____

☐ Historia y/o Recientes Marchman/Baker (Fecha de admisión/Duración de la estancia)

1060 Sunset Strip, Sunrise, FL 33313
Tel (954) 333-8787 Fax (954) 333-8621

_____

_____

☐ Otro (Describa)_____

Telesalud ☐ Si ☐ No

El Cliente está actualmente involucrado con alguna agencia/proveedor de salud mental (DCF, DJJ, PO, JPO. Psy, etc.) ☐ Si ☐ No

Si respondió sí, Nombre del proveedor _____ Teléfono #: _____

Agencia que refiere/Nombre de la Escuela: _____ Nombre de la persona que refiere: _____

Telefono: _____E-Mail: _____

Resultado de la Examinación: ☐ Eligible para el Program ☐ En lista de Espera

☐ No Elegible (Explique):

_____

Decisión: ☐ Referido a Otra Agencia/Proveedor de Salud

☐ **Nova University Autism Center** 954-262-7747 (M-F 8:30a-5:00p) 7600 SW 36th Ave Davie, FL 33314

☐ **MGM Behavioral** (ABA Therapy and evaluations) 305-827-2822 (M-F 9:00a-5:00p, Sat. Appt Only) 8040 Northwest 155th St, Miami Lakes, FL 33016

☐ **BARC** (Detox/Residential/IOP/Outpatient) 954-357-4880 (M-Sun 7:00a-11:30p) 325 SW 28th St Ft Lauderdale, FL 33315

☐ **Otro** (Nombre de la Agencia/Telefono/Direccion/Horas de Operaciones):_____

Nombre de la persona que completó esta forma: _____ Fecha: _____