



Catholic Community Services Yuma
 Servicios de Consejería y Salud del Comportamiento
 Formulario de Registro del Cliente

Instrucciones: Este formulario debe ser completado en su totalidad por la persona que solicita servicios, o por el Padre/Guardián Legal del menor que está solicitando servicios.

Hombre Mujer ____ / ____ / ____

Primer Nombre _____ **Apellido** _____ **Segundo Nombre** _____ **Sexo** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Número de Teléfono: _____ Celular Casa **Dirección:** _____

Dirección de Internet (e-mail): _____

Edad: ____ **Lenguaje Primario:** _____ **Lenguaje Preferido :** _____

Origen: Caucásico Hispano África Americano Indio Asiático Islas Pacíficas Otro: _____

Estado Civil: Soltero Separado Divorciado Viudo Cohabitación Casado (# de matrimonios ____)

Información de Contacto de Emergencia

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ **Número Telefónico de Contacto:** _____

Relación con usted: _____ **Domicilio:** _____

Información del Médico Tratante

Nombre de la Oficina Médica: _____

Nombre del Doctor/Médico: _____ **Número Telefónico de Contacto:** _____

Oficina de Tratamiento Primario: _____

Nombre del Profesional del Tratamiento: _____ **Número de Contacto:** _____

Información de Referencia

Agencia/Entidad: _____ **Número Telefónico de Contacto:** _____

Nombre de la persona que hizo la referencia, y posición (si aplica): _____

Razón de Referencia: _____

Información Sobre su Empleo/ Financiera

¿Trabaja Actualmente? Si No **Si trabaja:** Medio Tiempo Tiempo Completo **Ingreso:** _____ Mensual Anual

Fuente de Ingreso: Empleo Desempleo Discapacitado Retirado Otro: _____

Nombre del Empleador: _____ **Tiempo que ha estado empleado:** _____ **Posición:** _____

Pagador

Pago Privado: Comprobante de Ingreso para determinar honorarios de sesiones en acuerdo con escala de Ingresos.

Compañía de Aseguranza: Nombre de la Compañía de su Aseguranza Médica: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social: _____ Empleador: _____

Número de Póliza: _____ Miembro ID: _____ Grupo #: _____

Nota: Nosotros haremos el cobro a su Aseguranza. Cobros no cubiertos por su compañía de Aseguranza serán directamente enviados a la persona responsable.

Persona Responsable*: Nombre: _____ Número Telefónico de Contacto: _____

Relación: _____ Email (correo electrónico): _____

Dirección para cobro de honorarios: _____

*El cliente debe de firmar una autorización para compartir información para las fechas y duración de las sesiones para el propósito de honorarios.

AHCCCS: Nombre del Miembro: _____ Número de Contacto: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ AHCCCS ID#: _____ CIS#: _____

Esta sección capturará información general de usted o de la persona que está solicitando servicios.

¿Está usted en condición de riesgo extremo por condiciones ambientales como calor o frío, sin la habilidad de acceder a un refugio apropiado? No Si

Describa su situación de vivienda: Estable/Tengo un hogar seguro Constantemente cambiante Pasando las noches en un hogar diferente Residiendo en un refugio local Sin vivienda

Liste los individuos que viven en su hogar

Nombre	Edad	Sexo	Relación con usted	Calidad de la Relación
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala

Razón Principal por la que está Solicitando Servicios

- Problemas en la escuela Problemas Financieros Problemas Sociales Problemas Laborales Problemas en casa
 Retos Por Aculturación Adicciones Ajuste - Nuevo Trabajo Ajuste – Cambio de Vida
 Problemas de Comportamiento Adolescente Alcohol/Drogas Manejo de Enojo Ansiedad
 Apetito Pobre o inusual Pérdida/Dolor Dificultades con compañeros Problema de Niño
 Lidando con Stress Conflicto de Pareja Depresión Dificultad para Manejar la Vida
 Violencia Intrafamiliar Problema Alimenticio Reprobando Escuela Problemas Familiares Miedos/Pánico
 Apuestas Hiperactividad Infertilidad Conflicto Matrimonial Confusión Mental
 Conflicto Padre/hijo (a) Dificultades en relaciones Preocupaciones Sexuales
 Problemas de Dormir Rechazo Social Trauma sin Resolver Víctima de un Crimen
 Otro: _____

Comportamiento/Emocional

Por favor señale si usted, o la persona solicitando servicios, ha experimentado lo siguiente en **los últimos dos meses:**

- Cariñoso (a) Agresivo Enojado Ansioso Evasivo
 Orinarse en la cama Intimidador Descuidado Torpe Confiado
 Cortarse Adicción Cibernética Desafiante Depresión Destructivo
 Dificultad Concentrándose Dificultad de habla Mareado Entusiasta Demasiado Cariñoso
 Uso Excesivo de Teléfono Uso Excesivo de Tableta Fatiga Sentimiento de Fracaso
 Recuerdos pasados Fácilmente frustrado Alucinaciones Falta de ayuda Lastimando animales
 Amenaza Homicida Amigos imaginarios Impulsivo Irritable Problemas Aprendizaje
 Decir Mentiras Solitario/Aislándose Baja Autoestima Cambios de ánimo Pesadillas
 Pensamiento Obsesivo Frecuentemente enfermo Oposicional Ataques de Pánico Falta de Apetito
 Peleas Triste Obsesionado con Selfies Egoísmo Ansiedad de Separación
 Empieza incendios Adicción Sexual Comportamiento Sexual Problemas de Dormir
 Problemas al ir al baño Intento suicida Amenazas Suicidas Malcriado Rechinamiento de Dientes
 Chuparse el dedo Pensamiento Inusual Comportamiento riesgoso Preocupación Excesiva
 Retraído Subir de Peso Perder Peso Otro: _____

Empleo/Ocupación

Para entender mejor su empleo presente/pasado, por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Alguna vez ha trabajado en el campo? No Si ¿Alguna vez ha hecho trabajo Militar? No Si
 ¿Alguna vez ha trabajado en Seguridad Publica? No Si

- N/A – Persona solicitando servicios no está empleado N/A – Persona solicitando servicios nunca ha estado empleado

Relaciones/Sistema de Apoyo

¿Quiénes son las personas a quienes usted puede acudir por apoyo? _____

¿Cuáles son las cosas que usted disfruta o ha disfrutado hacer? _____

¿Qué es lo que usted aprecia más en su vida, y por qué? _____

Estado de Tutela/Custodia

Esta sección No es Aplicable para los adultos solicitando servicios.

En un esfuerzo para asegurar el involucramiento de todas las personas apropiadas en el tratamiento, identifique lo que señale al guardián/persona que tenga custodia/tutela de la persona solicitando servicios y tenga el certificado de nacimiento o una orden de la Corte identificando guardián:

Monoparental. No hay contacto con el otro padre (formulario suplementario de Un Padre requerido).

Padres están viviendo juntos (Co-Habitando) y sin casarse. Los dos Padres deben de Firmar el "Consentimiento Para Tratamiento a Menores." Si el otro padre no está disponible, entonces se requiere el formulario complementario.

Padres están Casados. Los dos padres deben consentir al tratamiento, y los dos padres deben de firmar el "Consentimiento Para Tratamiento a Menores."

Padres están divorciados. El Padre buscando servicios para un menor tiene la siguiente custodia: Exclusiva Compartida

- **Padre con Custodia Exclusiva:** Debe proveer una copia valida de una orden de la Corte, firmada por el Juez, para el Expediente Médico del menor. El Padre con Custodia Exclusiva debe de firmar el "Consentimiento Para Tratamiento a Menores."

- **Padres quienes tienen Custodia Compartida:** Debe proveer una copia valida de la orden de la Corte, firmada por el Juez, para el Expediente Médico del menor. Los dos Padres deben de Firmar el "Consentimiento Para Tratamiento a Menores." Si el otro padre no está disponible, entonces se requiere el formulario complementario.

La cita para tratamiento no puede ser honrada/valida a menos que el consentimiento requerido para los menores sea obtenido.

Guardián legal. El menor está bajo el cuidado de un Guardián legal; la documentación debe ser proporcionada.

Menor está a cargo de la Corte (DES Guardián Legal)

La persona buscando servicios es un adulto y hay una Orden de la Corte valida: Poder Medico Tutela

La Cita para recibir tratamiento no puede ser honrada/valida, a menos que una Orden de la Corte, valida firmada por un Juez, sea proveída y el consentimiento sea firmado por la persona con la autoridad para dar Consentimiento para el cuidado o el Guardián Legal.

Notificación de Citas

La agencia cuenta con un sistema automatizado de notificación de citas, que especifica el Nombre del Proveedor, Fecha, Hora, Dirección o Número Telefónico para su siguiente cita. Como le gustaría que sus recordatorios/notificaciones sean enviadas:

Teléfono Texto Email (Puede seleccionar más de una opción).

Catholic Community Services of Southern Arizona (CCSSA), Inc. acuerda por medio de la presente, que cumplirá con las disposiciones establecidas por la ley de derechos civiles de 1964 que establece: el título VI prohíbe la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal. La discriminación en el empleo está cubierta por el título VI si el objetivo principal de la asistencia financiera es la prestación de empleo o cuando la discriminación en el empleo causé discriminación en la prestación de servicios en virtud de dichos programas. El título VII prohíbe la discriminación en el empleo sobre la base de la raza, el color, la religión, el sexo o el origen nacional. En ciertos casos, se permite el tratamiento diferencial para la religión, el sexo o el origen nacional si se trata de una cualificación profesional de buena fe. El acoso sexual también está prohibido en virtud de esta ley, al igual que todas las formas de acoso basadas en la pertenencia a una clase protegida.

CCSSA, Inc. acuerda por medio de la presente que cumplirá con las disposiciones establecidas por el Título VI Prohibición Contra Origen Nacional Discriminación. Esta Ley Federal prohíbe la discriminación basada en el origen nacionalidad de una persona, raza, color, religión, discapacidad, sexo, y estatus familiar. Las leyes que prohíben la discriminación nacional de origen hacen ilegal la discriminación de una persona de acuerdo a su lugar de origen, ancestros, cultura o lenguaje. Esto significa que a las personas no se les puede ser negada una oportunidad igual porque ellos o sus familias son de otros países, porque ellos tienen un nombre o un acento asociado con un grupo de origen nacional, porque ellos participan en ciertas costumbres asociadas con un grupo de origen nacional, o porque ellos están casados con o asociados a gente de un cierto origen nacional.

Completado por: _____ Fecha: _____

Formulario de Registro del Cliente

Page 3 of 3

Client Name: _____ Client ID: _____

Revised: 07/2019