



CONDADO DE NEVADA-AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO
INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN.

(* secciones obligatorias)

INFORMACIÓN PERSONAL	Cliente #:		
	*Nombre de orden (clasificación):		
	*Apellido	*Nombre	Segundo nombre
	Nombre legal (si es diferente del anterior):		
	*Apellido:	*Nombre:	
	Segundo nombre:	Sufijo:	
	*FECHA DE NAC:	Seguro social:	
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE			
* Fecha de entrada en vigencia:		*Estado de admisión: ☐ preinscripción ☐ admit	
*(6)Origen de la referencia: marque uno Teléfono :			
(1) Sí mismo (20) Tratamiento agudo diario (42) Hospital convaleciente (2) Familia (21) Tratamiento habilitativo diario (43) Departamento de servicios sociales (3) Amistades (30) Emergencia psiquiátrica (44) Justicia criminal (4) Empleado (31) Suicidio y crisis (45) Programa de abuso de drogas (5) Otro (32) Paciente externo (46) Programa de abuso de alcohol (6) Residente del condado (33) Practica privada MH (47) Universidad / Colegio (10) Hospital estatal (MH) (37) Manejo de casos (48) Programa de rehabilitación vocacional (11) Hospital estatal (DD) (38) Programa para los sin techo (49) Administración de veteranos (12) Otro hospital psiquiátrico (40) Paciente médico interno (50) Organización religiosa o clérigo (13) Psych SNF (41) Paciente médico externo (51) Otros servicios sociales (17) Cárcel			
Nombre al nacer (si es diferente al de arriba):			
	Apellido:	Nombre:	
	Segundo nombre:	Sufijo:	
*Domicilio físico:		Apt. #:	
	*Ciudad/Estado/Cód. Post:	*(21)Condado:	
Distrito de residencia: (sólo AB3632)			
	Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Ext.
	Celular:		
*Dirección postal:		Apt. #:	
	* Ciudad/Estado/Cód. Post:		
*Licencia de conducir: ☐ Si ☐ No		Número:	Estado:
Seguro Social #: (si no lo anotó arriba)		(8)Razón por la que no dio el SSN: (*si seguro social está en blanco) 99900 – Cliente se negó 99902 – No tiene/No aplica /No sabe	
*(7)Sexo: marque uno (F) Femenino (M) Masculino (O) Otro (T) Transgenero (U) No se sabe/No informa			*Fecha de nacimiento ☐ ¿Correcta? ☐ ¿Estimada?
*Nacido en Estados Unidos : ☐ Si ☐ No			
*Nacido en California: ☐ Si ☐ No			
Lugar de nacimiento:	*(21)Condado:	*(22)Estado:	(23)*País:
*Nombre de la madre:			

Nombre del cliente: _____

Cliente #: _____



**CONDADO DE NEVADA-AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO
INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN.**

(* secciones obligatorias)

***(9)Estado Civil: marque uno**

(D) Divorciado/a/Anulado (M) Casado/a (N) Nunca casado/a (P) Concubino/a (S) Separado/a (W) Viudo/a (U) No sabe

***(10)Etnicidad: marque uno**

(1) No Hispano (2) Mexicano / Mexicano Americano (3) Cubano (4) Puertorriqueño (5) Otro Hispano / Latino
(9) No Sabe / No responde

***(11)Raza: marque uno**

(A) Asiático – Otro	(G) Guamanio	(M) Mien	(S) Samoano
(B) Negra/Afro americano	(H) Nativo de Hawái	(N) Nativo Americano	(V) Vietnamita
(C) Camboyano	(I) Indo asiático	(O) no-Blanco – Otro	(W) Blanco
(D) Chino	(J) Japonés	(P) Isleño del pacífico – Otro	(U) No sabe/ No responde
(E) Esquimal / Nativo de Alaska	(K) Coreano	(Q) Hmong	
(F) Filipino	(L) Laosiano	(R) Múltiple	

***(12) Idioma principal: marque uno**

(0) Lenguaje de señas americano(ASL)	(A) Otro lenguaje de señas	(H) Hmong	(Q) Italiano
(1) Español	(B) Mandarín	(I) Lao	(R) Árabe
(2) Cantones	(C) Otro dialecto chino	(J) Turco	(S) Samoano
(3) Japonés	(D) Camboiano	(K) Hebreo	(T) Tailandés
(4) Coreano	(E) Armenio	(L) Francés	(U) Persa
(5) Tagalo	(F) Ilocano	(M) Polaco	(V) Vietnamés
(6) Otro que no sea inglés	(G) Mien	(N) Ruso	(9) No Sabe / No responde
(7) Inglés		(P) Portugués	

***(13)Método de comunicación: marque sólo uno**

(C) Dispositivo de comunicación (T) Tranductor–español (V) Verbal
(S) Lenguaje de señas (X) Traductor – Otro

***(12)Idioma que prefiere (individual): Indique el código (de la lista anterior) _____**

(12) Idioma que prefiere (tutor/encargado/cuidador): Indique el código (de la lista anterior) _____

***¿Necesita interprete?: ☐ Si ☐ No**

***(14)Estado de empleo: marque uno**

(1) Trabajo pago 35+ horas/ semana	(7) Rehabilitación < 20 horas/semana	(F) Fuera del mercado laboral
(2) Trabajo pago <20 horas/ semana	(8) Estudiante de tiempo completo	(H) Residente en establecimiento carcelario
(3) Trabajo pago 20–35 horas/ semana	(B) Voluntario	(K) Otro
(4) Ama de casa	(C) Desempleado, buscando trabajo	(U) No Sabe / No responde
(5) Rehabilitación 35+ horas/semana	(D) Desempleado, no está buscando trabajo	
(6) Rehabilitación 20–35 horas/semana	(E) Jubilado	

***(15)Tipo de vivienda: marque uno**

(A) Casa o apartamento	(J) Instalaciones residenciales/ droga alcohol	Sin hogar:
(B) Casa o apartamento con apoyo	(K) Centro de rehabilitación MH (24 HR)	(P1) Vive en la calle o en un refugio de emergencia
(C) Casa o apartamento con supervisión	(L) SNF/Centro de cuidados intermedios IMD	(P2) Perderá su residencia dentro de 14 días
(D) Hogar social asistido	(M) Paciente psiquiátrico hospitalizado/PHF/VA Hospital	(P3) Jóvenes menores de 25 años, quedarse con amigos
(E) Hogar adoptivo "foster"	(N) Hospital estatal	(P4) Personas sin hogar por violencia doméstica
(F) Residencia grupal	(O) En relación de justicia	
(G) Centro de tratamiento residencial	(Q) Otro	
(H) Instalaciones de tratamiento de comuniad	(U) No Sabe / No responde	
(I) Vigilancia y Asistencia		

*** ¿Número de niños menores de 18 años bajo la responsabilidad del cliente / responsable del 50% o más?**

*** ¿Número de dependientes de 18 años de edad o mayor bajo la responsabilidad del cliente / responsable del 50% o más?**

Nombre del cliente: _____

Cliente #: _____



**CONDADO DE NEVADA-AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO
INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN.**

(* secciones obligatorias)

*(16)Educación (nivel de escolaridad) : Marque sólo uno				Educación especial: ☐ Si ☐ No	
(1) 1 ^{er} grado	(7) 7 ^{mo} grade	(13) Colegio < 2años	(93) No quiso responder		
(2) 2 ^{do} grade	(8) 8 ^{vo} grade	(14) Carrera técnica	(94) No pudo responder		
(3) 3 ^{ro} grade	(9) 9 ^{no} grade	(15) Colegio > 2yrs	(95) Diploma de la Prepa / GED		
(4) 4 ^{to} grade	(10) 10 ^{mo} grade	(16) Licenciatura	(96) Kínder		
(5) 5 ^{to} grade	(11) 11 ^{vo} grade	(17) Máster	(97) Preescolar		
(6) 6 ^{to} grade	(12) 12 ^{vo} grade	(18) Doctorado	(98) Vocacional / Otro		
			(99) No sabe / No responde		
*(18)Incapacidad: Marque sólo una					
(1) Sordera/ pérdida de audición severa		(4) No puede hablar		(9) No quiso responder	
(2) Ceguera/ pérdida de visión severa		(7) Discapacidades del desarrollo		(11) Ninguna	
(3) Imposibilitado/camina poco		(8) Otro (no relacionado al alcohol o drogas)		(E) Salud mental	
*¿Ha servido en el ejército de EEUU? ☐ Si ☐ No ☐ No quiso responder					
*¿Estuvo usted en la Guardia Nacional o la Reserva? ☐ Si ☐ No					
¿Si estuvo en la Guardia Nacional o la Reserva, fue mandado usted al servicio militar? ☐ Si ☐ No					
*¿Estatus de tabaquismo?					
Por favor, elija una selección		1 ☐ Fumador todos los días?		2 ☐ Fumador de vez en cuando?	
		3 ☐ Solía Fumar		7 ☐ Fumador empedernido	
		8 ☐ Fumador ocasional		4 ☐ Nunca ha fumado	
		5 ☐ Fumador, estatus no se sabe		6 ☐ No se sabe historia de fumar	
Alias/apellido de soltero					
Apellido:		Nombre:		2º nombre:	
Apellido:		Nombre:		2º nombre:	
Apellido:		Nombre:		2º nombre:	
Apellido:		Nombre:		2º nombre:	
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA					
Nombre:			(17)Relación: vea página 4		
Domicilio:			Tel de casa:		
Ciudad/Estado/Cód. Postal:			Tel de trabajo:		
Lugar de empleo:					
INFORMACIÓN LEGAL					
*(24)Consentimiento legal (sólo para conservadores o bajo tutela judicial): vea página 4					
**Persona responsable (madre, padre, conservador,etc.):			** (17)Relación: vea página 4		
*Domicilio:			Teléfono:		
*Ciudad/Estado/Cód. Postal:					
Teléfono del empleador:		Lugar de empleo:			
Seguros social de persona responsable:					
INFORMACIÓN MÉDICA					
Médico personal:		Teléfono:		FAX:	
Domicilio:					
* Ciudad/Estado/Cód. Postal:					
Farmacia:		Teléfono:		FAX:	
Hospital de preferencia:					
INSTRUCCIONES MÉDICA ANTICIPADAS					
¿Se entregaron las instrucciones médicas anticipadas? ☐ Si ☐ No					

Nombre del cliente: _____

Cliente #: _____



**CONDADO DE NEVADA-AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTO
INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN.**

(* secciones obligatorias)

Directiva anticipada (de atención de la salud)																																																																			
*¿Anticipada directiva dado? ☐ Si ☐ No																																																																			
*¿Tiene anticipada directiva? ☐ Si ☐ No																																																																			
¿Si es así, se han proporcionado el condado de salud mental de Nevada con una copia de la directiva anticipada? ☐ Si ☐ No																																																																			
La fecha que el condado de salud mental de Nevada ha aceptado la Anticipada directiva: _____																																																																			
* ¿En caso de emergencia, el condado de salud mental de Nevada puede compartir su directiva anticipada con otros proveedores de cuidado de salud? ☐ Si ☐ No																																																																			
INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CLIENTE																																																																			
¿Se pueden dejar mensajes en la casa? ☐ Si ☐ No																																																																			
¿Se pueden dejar mensajes en el trabajo? ☐ Si ☐ No																																																																			
¿Se pueden dejar mensajes con el contacto de emergencia? ☐ Si ☐ No																																																																			
¿Se pueden dejar mensajes en su celular? ☐ Si ☐ No																																																																			
¿Se lo puede contactar por correo? ☐ Si ☐ No																																																																			
¿Se le entregaron las políticas de privacidad? ☐ Si ☐ No Fecha en que se recibieron: _____																																																																			
Si no podemos contactarnos con usted por correo ¿Cuál sería la dirección alternativa o método de contacto para enviarle la información clínica, cartas y datos de facturación? _____ _____																																																																			
Firma del personal obteniendo información: quien complete el formulario																																																																			
					☐ Si	☐ No	☐ N/A																																																												
*ID del empleado	*Nombre del empleado	*Fecha	*Hora																																																																
Firma del personal que ingresó la información (si es diferente al de arriba):																																																																			
					☐ Si	☐ No	☐ N/A																																																												
*ID del empleado	*Nombre del empleado	*Fecha	*Hora																																																																
*=información obligatoria **=información obligatoria si el "estado legal" es adulto con tutor o menor con tutor																																																																			
(17) Tipos de relaciones <table border="0"> <tr><td>ID</td><td>Descripción</td></tr> <tr><td>A</td><td>Padre adoptivo</td></tr> <tr><td>B</td><td>Padre biológico</td></tr> <tr><td>C</td><td>Niño</td></tr> <tr><td>D</td><td>Tutor</td></tr> <tr><td>E</td><td>Conyugue</td></tr> <tr><td>F</td><td>Padre Foster</td></tr> <tr><td>G</td><td>Abuelo/a</td></tr> <tr><td>I</td><td>Cuidador</td></tr> <tr><td>J</td><td>Hermano/a</td></tr> <tr><td>M</td><td>Madre biológica</td></tr> <tr><td>N</td><td>Amigo</td></tr> <tr><td>O</td><td>Otra relación</td></tr> <tr><td>P</td><td>Si mismo</td></tr> <tr><td>Q</td><td>Representante legal</td></tr> <tr><td>S</td><td>Madrastra/padrastro</td></tr> <tr><td>X</td><td>Concubino</td></tr> <tr><td>R</td><td>No sabe / No responde</td></tr> </table>				ID	Descripción	A	Padre adoptivo	B	Padre biológico	C	Niño	D	Tutor	E	Conyugue	F	Padre Foster	G	Abuelo/a	I	Cuidador	J	Hermano/a	M	Madre biológica	N	Amigo	O	Otra relación	P	Si mismo	Q	Representante legal	S	Madrastra/padrastro	X	Concubino	R	No sabe / No responde	(24) Consentimiento legal (CSI – Curador/estado en la corte) <table border="0"> <tr><td>ID</td><td>Descripción</td></tr> <tr><td>A</td><td>Curador temporario</td></tr> <tr><td>B</td><td>Lanterman–Petriss-Short</td></tr> <tr><td>C</td><td>Curaduría Murphy</td></tr> <tr><td>D</td><td>Probate</td></tr> <tr><td>E</td><td>PC 2974</td></tr> <tr><td>F</td><td>Representante beneficiario sin curaduría</td></tr> <tr><td>G</td><td>Corte juvenil, Depende de la corte</td></tr> <tr><td>H</td><td>Corte juvenil, Depende de la corte – Infractor</td></tr> <tr><td>I</td><td>Corte juvenil, Depende de la corte – Delincuente juvenil</td></tr> <tr><td>J</td><td>No aplica</td></tr> <tr><td>U</td><td>No sabe / No responde</td></tr> </table>				ID	Descripción	A	Curador temporario	B	Lanterman–Petriss-Short	C	Curaduría Murphy	D	Probate	E	PC 2974	F	Representante beneficiario sin curaduría	G	Corte juvenil, Depende de la corte	H	Corte juvenil, Depende de la corte – Infractor	I	Corte juvenil, Depende de la corte – Delincuente juvenil	J	No aplica	U	No sabe / No responde
ID	Descripción																																																																		
A	Padre adoptivo																																																																		
B	Padre biológico																																																																		
C	Niño																																																																		
D	Tutor																																																																		
E	Conyugue																																																																		
F	Padre Foster																																																																		
G	Abuelo/a																																																																		
I	Cuidador																																																																		
J	Hermano/a																																																																		
M	Madre biológica																																																																		
N	Amigo																																																																		
O	Otra relación																																																																		
P	Si mismo																																																																		
Q	Representante legal																																																																		
S	Madrastra/padrastro																																																																		
X	Concubino																																																																		
R	No sabe / No responde																																																																		
ID	Descripción																																																																		
A	Curador temporario																																																																		
B	Lanterman–Petriss-Short																																																																		
C	Curaduría Murphy																																																																		
D	Probate																																																																		
E	PC 2974																																																																		
F	Representante beneficiario sin curaduría																																																																		
G	Corte juvenil, Depende de la corte																																																																		
H	Corte juvenil, Depende de la corte – Infractor																																																																		
I	Corte juvenil, Depende de la corte – Delincuente juvenil																																																																		
J	No aplica																																																																		
U	No sabe / No responde																																																																		

Nombre del cliente: _____

Cliente #: _____