MHID: _____

Uso para oficina nada mas

HIGHLAND RIVERS HEALTH

Por favor complete cada linia lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta, solicite ayuda al personal de la recepción.

Por favor porpocione los siguiente:

Niño(a) / adolescente:

- Una tarjeta de Identificación del padre o tutoria legal.
- Tarjeta de seguro medico (si aplicable)
  - Si el niño(a)/ adolescente no está cubierto por seguro medico, tiene 60 días para solicitar Medicaid y proporcionar una carta de aprobación / denegación junto con comprobantes de ingresos para estar cubierto bajo nuestro plan de decuentos para su hijo(a).
  - Prueba de ingresos – Si no tienes seguro medico pidimos que nos traiga comprobantes de ingresos para que usted sea cubierto bajo nuestro plan de decuentos. Ejemplos de prueba acceptable de ingresos son:
    - Ingresos y declaracion del Department de Labor
    - Declaracion en banco
    - Talones de Cheque por un mes
    - Un carta del Empleador Certificado de la compania.
  - Para ejemplos adicionales por favor pregunte al recepcion.
- Prueba de tutoria legal (certificado de nacimiento, documentación judicial que indique tutoria legal)

Información demográfica general

1. **¿Le acaban de dar de alta del hospital?** · Si · No
2. **¿Accaba de salir de la cárcel?** · Si · No

Información de contacto de la persona que recibira servicios:

Nombre _____ | _____

Primero Apellido Alias/Nombre Preferido

Dirección física _____

Calle Ciudad, Estado,código postal

Direccion de Postal _____

Calle Ciudad,Estado, código postal

Telefono Primario _____ Telefono Secundario _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social #: _____

Nombre del Tutoria Legal: _____ Telefono del Tutoria Legal _____

E-Mail: _____

Genero · Masculino · Femenina **Pronombre** El Ella Usted

¿Cuál es su identidad de género actual?

· Identifico Masculino · Identifico Femenina · Femenina a Masculino/Transgenero

· Masculino a Femenina /Transmujer · Categoria Adicional · Escojo no contestar

Raza _____

Etnicidad · Hispano · No- Hispano · Nativo Americano

Estado Matrimonal · Soltero · Separado · Divorciado · Casado · viudo · En relacion

Idioma Principal _____ **Necesitas Interprete?** · Si · No

Estado de fumar: · Nunca fumado · Antes fumaba · Fumo todo los dias · Fumo algunas veces

Estatus Militar · Activo · Inactivo · Veterano · Retirado · Ninguno

Estado de Empleo · Tiempo completo · Tiempo parcial · Sin Empleo · Deshabilitado · Retirado

· Estudiante · amo de casa · SSI

Su nivel de educación _____ **Lugar de Nacimento** _____

Contacto de Emergencia:

Nombre del Contacto _____ **Relacion** _____

Direccion Fisica _____

Calle Ciudad, Estado,código postal

Numbero de Telefono _____

Informacion de Seguo Medico:

Nombre de Seguro Medico (Si no tiene Seguro marque

"Ninguno")_____

Numero de Poliza _____ **Numero de Grupo**_____

Nombre del tutoria Legal de Poliza _____ **Fecha de Nacimiento del Tutoria Legal de**

Poliza _____

Direccion Fisica del Titular Legal de Poliza _____

Calle Cuidad, Estado, CodigoPostal

Información financiera:

¿Está reclamado como dependiente de los impuestos sobre la renta federales o estatales de alguien? · Si · No

Si marcas que si, cual es la relacion? · Guardian · Pariente · Otro Relativo · Otro

Ingreso de Mes: **Indique la cantidad en dólares recibida junto a todas las que correspondan:**

Ingresos	$	SSI	$	Manutención	$	Fondo fiduciario	$
Ingresos de esposo(a)	$	TANF	$	Pensión alimenticia	$	Otro	$
Ingresos de Tutoria Legal A	$	VA	$	Seguro Social	$		
Ingresos de Tutoria Legal B	$			Pension de Retiro	$		

¿Tiene algún beneficio no monetario? · Vale de vivienda de Georgia · Otro lugar · Otro TANF Servicios · Sección 8 / Vivienda pública / Asistencia continua con el alquiler · WIC · asistencia gubernamental instantánea · Cuidado infantil TANF · Transportacion TANF · Asistencia de alquiler temporal

Gastos de mes: Indique el monto en dólares pagado junto a todo lo que corresponda:

Dinero de manutención infantil	$	**Cuidado infantil necesario para el trabajo**	$	**Gastos médicos superiores al 5% de los ingresos brutos**	$
Pensión alimenticia	$	**Pago de manutención infantil no ordenado por el tribunal**	$		

Nombre de la farmacia /Telefono / Ciudad _____

Cuestionario de Deteccion:

Selecione todos lo que aplican: ☐ Discapacidad visual ☐ Personas con discapacidad auditiva ☐ SSI/Discapacitado ☐ Embarazada ☐ Usuario de drogas IV ☐ HIV+ ☐ Veterano ☐ Ninguno

Número de personas en su hogar que se reclaman en sus impuestos: _____

Como te Podemos contactar? · Telefono de casa · Telefono de trabajo · Otro telefono

Como fuistes referido a los servicios de Highland Rivers?_____

¿Existe alguna agencia que requiera que reciba servicios aquí?

· Departamento de Familias · Libertad Condicional de Adultos · Cárcel / Aplicación de la ley · Libertad Condicional · Corte testamentaria · Justicia juvenile · Tribunal Penal de Adultos · Tribunal de tratamiento · Ninguno

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

¿Qué servicios busca de Highland Rivers Health? (Consejería, Medicamentos, etc.)

¿Queja o presenta un problema? (¿Qué le trajo a Highland Rivers Health?)

Problemas médicos (no psicológicos) y tratamiento previo (por ejemplo: presión arterial alta, asma, diabetes, etc.)

En los últimos 18 meses, ¿cuántas veces ha sido admitido por

Hospitalización por salud mental _____ Fecha de admision: _____

Programa de estabilización de crisis _____ Fecha de admision: _____

Sala de emergencia por crisis mental _____ Fecha de admision: _____

Intentos de desintoxicación por abuso de sustancias _____ Fecha de admision: _____

Ninguno_____

Gracias por esta información. Devuelva este paquete al personal de la recepción junto con sus documentos y artículos enlistados en la primera página.