



www.oldmillcenter.org **Formulario de Solicitud de Servicio de Terapia**

Antes de los servicios, les pedimos a las familias que completen una herramienta de evaluación para ayudarnos a comprender las preocupaciones actuales y determinar si podemos atender las necesidades específicas solicitadas. Después de completar el cuestionario de admisión, haremos un seguimiento con los proveedores y lo colocaremos en nuestra lista de espera. Cuando esté listo para ser asignado nuestro coordinador de admisión se comunicará con usted para actualizar y recopilar la información y las inquietudes más recientes, ya que su estado puede haber cambiado durante el periodo de espera. En el caso de que no podamos proporcionar servicios de terapia, podemos proporcionar referencias a otros proveedores dentro de la comunidad que podrían ser más adecuados. Complete este formulario lo mejor que pueda y envíelo por correo postal a Centro Old Mill o envíe un correo electrónico a alexandra_moore@oldmillcenter.org.

Fecha cuestionario fue completado: _____

Individual en búsqueda de servicios: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ La identidad de genero: _____

Persona completando formulario: _____ Relación con el individuo: _____

Nombres de los padres/tutores (si la persona que solicita los servicios es menor de 18 años):

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Idiomas primarios en casa: _____

Idioma preferido de la persona que busca servicios: _____

¿Será necesario un intérprete? SÍ NO

Preferencia del intérprete:

La familia proporcionara un intérprete de su elección

La familia solicita usar el servicio de interpretación de Centro Old Mill

Plan de Salud de Oregon/IHN/Medicaid numero _____

Ofrecemos una opción de pago en efectivo para familias con seguro privado. Si esto se aplica a usted, póngase en contacto con nosotros para obtener más información.

Cuestionario de admisión

¿Está involucrado actualmente (o en el pasado) con algún programa de Old Mill? sí NO

En caso afirmativo, indique qué programa (s):

¿La persona que busca servicios está abierta a los servicios de telesalud? sí NO

En case afirmativo, ¿tienen acceso al equipo necesario para la telesalud (computadora portátil, tableta, computadora, auriculares y conexión a internet)? **La cámara de un teléfono celular no es suficiente para los servicios de telesalud.*

sí NO

Si no tiene acceso a equipos suficientes, es posible que no se brinden servicios de telesalud.

¿Cuál es el objetivo principal, la(s) razón(es) o la(s) preocupación(es) para buscar servicios de terapia?

¿Cuánto tiempo ha sido esto una preocupación/razón?

¿Qué soluciones se han intentado hasta ahora? ¿Alguna ha sido efectiva?

Si es menor de 18 años Nivel de grado actual de la persona _____ y la escuela: _____

Cuestionario de admisión

Si es menor de 18 años Estado actual de educación/empleo de la persona: _____

Describe cualquier inquietud con respecto a lo académico o el empleo:

¿Tiene la persona algún apoyo académico (IEP, 504 u otras adaptaciones escolares)?

SÍ NO

En caso afirmativo, describa que apoyos escolares existen.

¿Cuáles son los hábitos cotidianos generales del individuo que busca servicios?

a. Horario de sueño

--

b. Apetito y dieta

--

c. Higiene (por ejemplo, duchas, cepillado de dientes)

--

d. Ejercicio físico

--

e. Trabajo/escuela/para tiempos

--

Cuestionario de admisión

¿Ha experimentado la persona alguna situación desafiante que podría tener un impacto duradero en su vida cotidiana?

El individuo tiene dificultades con sus compañeros (acosando a otros, siendo acosado, teniendo dificultades con sus compañeros, problemas de acoso, problemas relacionados en línea a través de las redes sociales u otras plataformas, ¿otras dificultades sociales)?

SÍ NO

En caso afirmativo, describa las dificultades (pasadas o presentes):

Hay alguna preocupación por la seguridad (bajo autocontrol, amenazas de lastimarse a sí mismo o a otros, comportamiento agresivo, pensamientos suicidas, antecedentes de intentos de suicidio, comportamiento auto agresivo y/o abuso de sustancias o alcohol)?

SÍ NO

En caso afirmativos, describa cada inquietud en detalle:

Cuestionario de admisión

**Si el individuo es un peligro para si mismo o para los demás, es importante tener en cuenta que no somos un servicio de crisis y no estamos equipados para brindar atención las 24 horas o intervenciones de crisis. En el caso de una crisis o emergencia; llame al 911, utilice las líneas de crisis de los condados de Benton o Linn, o lleve al cliente a la sala de emergencias para una evaluación inmediata.*

¿Cuáles son las dinámicas del hogar (quien vive con el individuo)? Si hay varios hogares en los que reside el cliente, indíquelos también.

Persona	Relación con el cliente	Edad	Otros detalles (si es necesario)

¿Como se lleva el individuo con cada miembro que vive en el hogar?

¿Hay mascotas en el hogar? sí NO

En caso afirmativo, ¿Cómo interactúa el individuo con la(s) mascota(s)?

¿Ha habido alguna participación legal actual o pasada (arrestos, cargos, libertad condicional, etc.)?

sí NO

En caso afirmativo, describa:

Proveedor de atención primaria (PCP): _____

Cuestionario de admisión

¿Recibe el individuo algún medicamento o servicio psiquiátricos?

sí

NO

Escriba los medicamentos actuales a continuación.

Medicamento	Dosis	Diagnostico	Objetivo	Prescriptor

¿El individuo ha intentado la terapia antes?

sí

NO

¿Está el individuo de acuerdo con la terapia?

sí

NO

TAL VEZ

Si no (o se desconoce), ¿Quién solicita los servicios y por qué difieren?

Marque cualquier servicio de tratamiento de salud mental recibido en el pasado:

Terapia individual

Entrenamiento de
habilidades

Tratamiento residencial

Terapia familiar

Hospitalización

Tratamiento de día

¿Cuál fue el resultado de los servicios de tratamiento de salud mental anteriores?

Cuestionario de admisión

¿La persona está recibiendo servicios actualmente?

Sí

NO

Nuestros terapeutas solicitan coordinarse con proveedores anteriores para agilizar el tratamiento.

Escriba los proveedores anteriores y su información de contacto:

Nombre del proveedor/agencia	Dirección	Teléfono	Fax

Si el individuo está cambiando de proveedores, ¿el terapeuta anterior está al tanto del cambio? Sí NO

¿Ha habido un diagnóstico formal anterior (diagnósticos) realizado por un proveedor (proveedor médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta)? Sí NO

[En case afirmativo, ¿tiene registros, valoraciones, evaluaciones anteriores?] Sí NO

Indique cualquier inquietud u otros diagnósticos y cuando fueron diagnosticados.

Condición medica	Proveedor	Fecha de diagnostico	Estado

Cuestionario de admisión

Marque cualquier otra participación **actual** de una agencia comunitaria y su persona de contacto principal en esa agencia:

DHS _____

CARDV _____

CASA _____

COI _____

Healthy Families _____

Jackson Street Youth Shelter _____

Relief Nursery _____

Occupational Therapy _____

Boys and Girls Club _____

Physical Therapy _____

OSU KidSpirit _____

Otro _____

Trillium Family Services _____

Describa cualquier otro factor o detalle no cubierto que debamos saber: