



Bienvenidos

Para servirle mejor, por favor complete este cuestionario

Teléfono: (617) 684-6209

Fax: (617) 249- 0408

Correo: familiasoutpatientintake@casaesperanza.org

1. Fecha de hoy:		
2. Nombre completo:	3. También conocido como (alias): <input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No	
4. Fecha de nacimiento:		
5. Dirección:		
Número y calle/Apt #	Ciudad:	Estado/Código postal:
6. Teléfono:	7. Correo electrónico:	
8. Diagnóstico de salud mental: _____		
9. Capacidad de lenguaje: _____		
10. Sustancia de elección actual o pasada: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Marihuana Otro: _____	Fecha de la primera sustancia utilizada:	Fecha del último uso:
11. Información de referencia		
Motivo de referencia: _____		
Fuente de la referencia: <input type="checkbox"/> Autorreferencia <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<i>Si seleccionó proveedor, por favor indique:</i>		
Nombre: _____ Organización: _____ Teléfono: _____ Correo: _____		
12. Información de seguro médico (<i>Seleccione todas las que apliquen</i>):		
<input type="checkbox"/> No tiene seguro	<input type="checkbox"/> Medicaid/Mass Health (<i>Indique plan de seguro médico</i>): _____	
<input type="checkbox"/> Solicitud pendiente	<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> OT- Subsidio del Estado (<i>e.j. Commonwealth Care, Health Safety Net</i>)	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Compañía de seguro: _____ Nombre de la póliza: _____		
# Póliza: _____ # Grupo: _____ Fecha de inicio: _____		