



Bienvenidos

Para servirle mejor, por favor complete este cuestionario

Teléfono: (617) 684-6209

Fax: (617) 249- 0480

Correo: familiasoutpatientintake@casaesperanza.org

1. Fecha de hoy:		
2. Nombre completo:	3. También conocido como (alias): ☐ Sí: _____ ☐ 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: ☐ Alcohol ☐ Cocaína ☐ Crack ☐ Heroína ☐ Marihuana Otro: _____	Fecha de la primera sustancia utilizada:	Fecha del último uso:
11. Información de referencia Motivo de referencia: _____ Fuente de la referencia: ☐ Autorreferencia ☐ Proveedor ☐ 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>): ☐ No tiene seguro ☐ Medicaid/Mass Health (<i>Indique plan de seguro médico</i>): _____ ☐ Solicitud pendiente ☐ Seguro privado ☐ Medicare ☐ OT- Subsidio del Estado (<i>e.j. Commonwealth Care, Health Safety Net</i>) ☐ Otro: _____ Compañía de seguro: _____ Nombre de la póliza: _____ # Póliza: _____ # Grupo: _____ Fecha de inicio: _____		