

Behavioral Health Screening / Formulario de Evaluación Departamento de Consejería

MR# _____

Date/Fecha: _____

Patient's Name / Nombre del Paciente: _____

Person Calling / Persona que Llama: _____

Relation to Patient/ Relación con el Paciente: _____ Parent/Padre ó Guardián: _____

Address/Domicilio: _____ CA _____

Cell Phone/Número Celular _____ Alt. Phone #/Número alterno: _____

Ok to leave a message? / Ok para dejar un mensaje Yes (Si) No SS# _____ - _____ - _____

Patient DOB/Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____ AGE/EDAD: _____

Primary Language/ Idioma Natal: _____ English Speaking / Habla Inglés: Yes (Si) No

Who informed you about the program/ Quien le informo acerca del programa? _____

Check one that applies:

Medi-Cal Medi-Care Medical Care 1st Sliding Scale No Insurance Other: _____

Medical Health Net Medical LA Care HWLA Unmatched GR Emergency Medical

If no insurance, have you applied for any insurance/Si no tiene seguro, ha aplicado para seguro médico? Yes (Si) No

WERE YOU REFERRED BY COURT ORDER OR DCFS? FUE REFERIDO POR LA CORTE Ó DCFS? Yes (Si) No

Have you ever been in therapy/Ha estado en terapia antes? Yes (Si) No

If yes, when and length of treatment/ Si ha estado, cuanto duro el tratamiento? _____

Where City and State / Donde Ciudad y Estado?

Have you ever been hospitalized for mental health? Alguna vez has estado hospitalizada(o) por salud mental? Yes (Si) No

If yes, when and length of hospitalization/Si ha estado, cuando fue? y duración de su hospitalización? _____

Where/Donde? _____

What has happened that you decided to call now? (Reason for Referral) Que ha pasado que decidió llamar ahora? (Cúal es el Motivo de su consulta?) _____

What are your symptoms? Cuales son sus sintomas?

Do you hear whispering or voices? Ha oido susurros ó voces? Yes (Si) No / If yes, how loud and how often / Si ha escuchado, que tan fuerte y con qué frecuencia? _____

If yes, what do the voices say/Si ha escuchado, que dicen las voces? _____

Have you ever had any suicidal thoughts /Alguna vez ha pensado en suicidarse: **Yes (Si)** **No.**

If yes, when and how / Si lo ha pensado, cuando fue? y como? _____

Homicide/Homicida: **Yes (Sí)** **No.**

If yes, when and how / Sí, cuando y como? _____

Violence Attempts/Intento de Violencia: **Yes (Sí)** **No.**

If yes, when and how / Sí, cuando y como? _____

Have you harmed yourself in any way? Se ha hecho daño a usted mismo de alguna forma? **Yes (Sí)** **No.**

If yes, when and how? / Sí, Cuando y Como? _____

Alcohol Use/Usos de Alcohol: **Yes (Sí)** **No.**

Currently using/Actualmente toma? **Yes (Sí)** **No**

If yes, when and type of alcohol / Sí, cuando y tipo de alcohol? _____

Drug Use/Usos Droga: **Yes (Sí)** **No.**

Currently using/Actualmente toma? **Yes (Sí)** **No**

If yes, when and type of drug / Sí, cuando y que tipo de droga? _____

Have you been diagnosed with Bi-Polar disorder? Ha sido diagnosticado con el trastorno bipolar? **Yes (Si)** **No.**

If yes, when / Si, cuando? _____

Are you currently on medication for bio-polar disorder, depression, or anxiety?

Yes **No.**

Esta tomando algún tipo de medicamento para trastorno bipolar, depresión ó ansiedad?

Si **No.**

If yes, name of medication? / Si esta tomando, dar los nombre del medicamento? _____

Who prescribed you the medication? / Quién le receto el medicamento?: _____

Past medication? Algún Medicamento que haya tomado antes ?

Yes (Sí) **No.**

If yes, when and name of medication? / Si, cuando y nombre de medicación? _____

Form completed by/ completado por: _____ **Patient /Paciente** **Staff / Personnel**

Form reviewed by: _____ **Staff / Personnel**

For administration only:

Date rec'd: _____ Reviewed by: _____ Assigned to: _____

1st Contact: _____ 2nd try: _____ 3rd try: _____ Send Letter _____

Intake appt date/time: _____ @ _____ am /pm

Approved by: _____ Date _____

Appt Outcome:

Kept Cancellation No Show Referred Out Waiting List

Immediate Referral to B.H. Rule out 51/50, Immediate Consultation Declined Services

West Covina

Covina

Pomona

Villa Corta