

Formulario de Información de EAST

(De ser posible, llene este formulario durante la primera semana).

¡Bienvenido a EAST! Solicitamos que alguien que conozca bien a la persona referida a EAST llene este formulario y lo entregue a un miembro del personal de EAST como parte de nuestro proceso de evaluación. Si usted no sabe la respuesta o si no aplica por algún motivo, por favor responda "No sabe" o "N/A (no aplicable)". ¡Sus conocimientos son extremadamente importantes para nosotros! Gracias por su ayuda.

1. Nombre de la persona referida a EAST: _____

2. Nombre de la persona (personas) que llena el formulario: _____

a. Número telefónico: _____

3. Fecha de respuesta al formulario: _____

4. Fecha de nacimiento del cliente de EAST: _____

5. Nombre y número telefónico del médico de atención primaria o de otros proveedores médicos:

6. Información sobre el seguro de la persona afectada:

___ Ninguno

___ Plan de Salud de Oregon (Número de ID): _____

___ Seguro privado o Medicare:

Nombre de la compañía aseguradora *principal*: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de grupo/código de inscripción: _____

Número de identificación: _____

Número telefónico: _____

Nombre de la compañía aseguradora *secundaria*: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de grupo/código de inscripción: _____

Número de identificación: _____

Número telefónico: _____

7. ¿Cuál de las siguientes inquietudes tiene usted?:

- Me preocupa la seguridad de mi ser querido. (POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO DE INMEDIATO CON NOSTROS PARA HABLAR CON USTED SOBRE ESTO.)
 - El comportamiento de esta persona está poniendo en riesgo su capacidad de permanecer en el lugar donde vive.
 - Los problemas de esta persona están creando dificultades financieras significativas.
 - Otros miembros de la familia se sienten abrumados.
 - Nuestra familia está experimentando un gran conflicto.
 - Otro (por favor describa): _____
-

8. Describa los padecimientos médicos actuales y previos, las lesiones a la cabeza o la pérdida del conocimiento:

Padecimiento	Edad cuando ocurrió	Tratamiento recibido	Proveedor(es) del tratamiento	Resultado del tratamiento

9. Describa cualquier discapacidad del aprendizaje o del desarrollo. ¿Está o estuvo la persona en un programa de educación especial en la escuela? _____

10. Describa cualquier experiencia traumática anterior: _____

11. Describa los problemas anteriores de salud mental y su tratamiento. (Enliste los proveedores del tratamiento anterior de salud mental, incluyendo sus nombres, las fechas de prestación del servicio y los números telefónicos en caso de tenerlos y de no haberlos enlistado con anterioridad).

12. Alergias: _____

13. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente la persona?

Medicamento	Dosis / frecuencia	¿Para qué sirve el medicamento?	Respuesta

14. Describa los antecedentes de uso/abuso de sustancias prohibidas y el tratamiento correspondiente: _____

15. ¿Cuál ha sido la situación escolar o laboral de esta persona durante los últimos 12 meses?
___ En la escuela (dónde, qué grado): _____
___ En el trabajo (dónde, tiempo completo o tiempo parcial): _____

c. ¿Qué inquietudes tiene esta persona que pudieran motivarla a obtener ayuda? _____

21. ¿Qué cambios en *el sueño, el pensamiento, el estado de ánimo, el habla o el comportamiento* ha usted observado? Comience con el primer cambio que notó. *(Utilice otras hojas de papel en caso de ser necesario.)*

Cambio observado	¿Cuándo comenzó?	¿Ha mejorado o ha empeorado?	¿Cómo ha afectado a la persona o a aquellos a su alrededor?

22. ¿Qué intentos se han hecho por obtener ayuda y cuál ha sido el resultado de dichos intentos?

¿Qué se ha intentado?	Fecha aproximada del intento	En una escala de 1 al 10, ¿qué tan útil resultó el intento? (1 es muy dañino y 10 es muy benéfico)

23. Factores culturales o religiosos que podrían afectar el tratamiento:

a. En caso de no ser originaria de los Estados Unidos, ¿de dónde proviene esta persona?

b. ¿Cuál es el idioma principal que habla la persona, en caso de no ser inglés?

i. ¿Qué tan bien habla la persona el idioma inglés?

___ No habla inglés

___ Habla inglés con dificultad

___ Habla bien el inglés, a menos de que esté estresada

___ Habla el inglés con fluidez, incluso cuando está estresada

ii. Enliste a los demás miembros de la familia cercana y mencione qué tan bien hablan el idioma inglés: _____

c. ¿Cuenta la cultura o religión de esta persona con un método tradicional para ayudarla con este tipo de problemas? _____

d. Según su opinión, ¿qué deben saber los miembros del personal de EAST sobre la cultura familiar y las creencias de esta persona a fin de ser más útiles y respetuosos?
