



SANTA BARBARA COUNTY
DEPARTMENT OF
Behavioral Wellness
A System of Care and Recovery

Programa Servicios Familiares. Formulario de admision

Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales y nos ayudarán a comprender la diversidad de a quién servimos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Correo electrónico (Opcional): _____

Nombre del cliente (miembro de la familia / ser querido): _____ Edad: _____

Relación con el cliente: _____

Nombre de la agencia que lo refirió a nuestro programa: _____

En caso de una emergencia médica en el lugar, proporcione lo siguiente:

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

1. ¿Cuál es su grupo de edad?

0-15 y/o 26-59 y/o

16-25 y/o 60+ y/o

Prefiero no contestar

2. ¿Qué sexo le asignaron en su certificado de nacimiento original?

Hombre Otro: _____

Mujer Prefiero no contestar

3. ¿Cuál es su identidad de género? Selecciona el que mejor te describa:

Hombre Cuestionando/inseguridad de identidad de género

Mujer Otra identidad de género: _____

Transgénero Prefiero no contestar

Genderqueer

4. ¿Cuál es su identidad de orientación sexual? Seleccione el que mejor lo describa:

- Heterosexual
- Gay o Lesbiana
- Bisexual/Pansexual/Sexualmente Fluido
- Queer
- Cuestionando/inseguridad de la orientación sexual
- Otra orientación sexual: _____
- Prefiero no contestar

5. ¿Cuál es su primer Idioma?

- Inglés
- Otro: _____
- Español
- Prefiero no contestar

6. ¿Cuál es su raza? Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Afroamericano / africano / negro
- Del Pacífico
- Blanco / caucásico
- Otro
- Más de una raza Nativo hawaiano u otro isleño
- Prefiero no contestar

7. ¿Cuál es su origen étnico? Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

- Centroamerica
- Mexicano/Mexicano-
American/Chicano
- Puertorriqueño
- Sudamericano
- Africano
- Asiático indio / asiático del sur
- Camboyano
- Chino
- De Europa del Este
- Europeo
- Filipino
- Japones
- Coreano
- Medio Este
- Vietnamita
- Otra Etnia: _

- Multiétnico
- Prefiero no contestar

8 ¿Eres veterano?

- Sí No
- Prefiero no contestar

9 ¿Está viviendo sin hogar?

- Sí No
- Prefiero no contestar

10 ¿Tienes alguna discapacidad? En caso afirmativo, seleccione todos los que correspondan.

(Una discapacidad se define como un impedimento físico o mental o afección médica que dura al menos seis meses y que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, que no es el resultado de una enfermedad mental grave).

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> No, no tengo ninguna de estas discapacidades. | <input type="radio"/> Demencia Dificultad para ver |
| <input type="radio"/> Movilidad física | |
| <input type="radio"/> Dificultad para escuchar o entender el hablar | <input type="radio"/> Condición de salud crónica |
| <input type="radio"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="radio"/> Otra discapacidad: _____ |
| <input type="radio"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="radio"/> Prefiero no contestar |

¿Desea ser agregado a nuestra lista de correo (Boletín)?

- Sí
- No

¿Le gustaría poder comunicarse con el personal por mensaje de texto o correo electrónico? (En caso afirmativo, firme el Aviso de prácticas de privacidad de la segunda página para liberar los permisos):

- Yes
- No

Entiendo que los servicios que recibo a través de los programas de TMHA son completamente confidenciales y se proporcionan de forma gratuita a través de fondos de la Ley de Servicios de Salud Mental y donaciones privadas.

Firma

Fecha

Si desea que un miembro del personal de Servicios para la Familia pueda comunicarse con usted por mensaje de texto o correo electrónico, complete la siguiente sección opcional:

Número de teléfono celular del cliente

Operador de telefonía celular

Dirección de correo electrónico del cliente

Los siguientes proveedores pueden intercambiar información relacionada con mi salud por mensaje de texto y correo electrónico:

Personal de Servicios para la Familia; Vivian Soul, Fernando Vasquez, Maria Perez, Zandra Alfaro-Olea, MayraValencia, Melanie Davenport, Ana O'Sullivan, Shawn Ison.

NOTA:

La firma de este documento autoriza el intercambio de información de salud entre el cliente y el proveedor a través de mensajes de texto y correo electrónico.

- Lea todas las precauciones a continuación:
- La comunicación por mensaje de texto y / o correo electrónico puede no ser segura y privada. Al comprender este riesgo, usted solicita voluntariamente esta forma de comunicación.
- Si su situación es importante o urgente y necesita atención inmediata, no confíe en mensajes de texto o correos electrónicos. Las comunicaciones electrónicas solo se devolverán durante el horario comercial, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (excepto festivos). Si ha enviado un mensaje electrónico a su proveedor y no ha recibido una respuesta dentro de las 48 horas, comuníquese con su proveedor por teléfono.
- La comunicación por texto se limitará únicamente a la programación y la logística. Si se inicia la comunicación, que incluye información clínica, el personal de TMHA es responsable de cambiar a la discusión en persona o por teléfono (voz).
- La comunicación electrónica no se utilizará para servicios de crisis o para comunicar información clínica.
Si tiene una crisis, llame al 911 o llame a la línea directa de TMHA al (800) 783-0607.
- Si cambia su número de teléfono o dirección de correo electrónico, debe notificar a la Agencia de Salud.

Solicite y autorice al Departamento de Salud del Comportamiento del Condado de San Luis Obispo o al Departamento de Bienestar del Comportamiento del Condado de Santa Bárbara para intercambiar información limitada sobre mi atención médica a través de mensajes de texto y correo electrónico. He leído y entiendo esta solicitud y autorización para compartir información a través de medios electrónicos entre el proveedor y el cliente.

Nombre del Cliente

Firma del cliente o representante legal

Fecha