

Formulario de derivación de cliente

Envíe por fax el formulario completado a Programación central al 914-347-8859



¿Es un cliente que regresa?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de hoy		/	/	Nombre que prefiere		
Apellido		Nombre			Sexo para el seguro			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Identidad de género		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Mujer transgénero/femenino		Orientación sexual		<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo		
		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero/masculino				<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual		
		<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo				<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Heterosexual		
Fecha de nacimiento		Mes / Día / Año			N.º de Seguro Social		-	-		
<i>Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted de manera rápida y discreta para hacerle llegar información importante.</i>										
Dirección		Calle			Ciudad		Estado		Código postal	
Tipo de residencia		<input type="checkbox"/> Residencia privada			<input type="checkbox"/> En prisión					
		<input type="checkbox"/> Agencia DSS/ACS Internado/hogar sustituto			<input type="checkbox"/> Asilo de ancianos o Centro de salud					
		<input type="checkbox"/> Sin hogar (Refugio/Calle/Centro de vivienda transitoria)			<input type="checkbox"/> Otro: _____					
Número de teléfono celular		()	-				<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje - Teléfono celular			
Otro teléfono		()	-				<input type="checkbox"/> Está bien dejar un mensaje - Otro teléfono			
Dirección de correo electrónico								<input type="checkbox"/> La dirección de correo electrónico es compartida		
Método de contacto preferido (elijá 1 opción)		<input type="checkbox"/> Teléfono celular			<input type="checkbox"/> Otro teléfono		<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	

Esta información es solo para propósitos demográficos y no afectará su atención.

Raza		<input type="checkbox"/> Blanco		Origen étnico		<input type="checkbox"/> Hispano o latino		<input type="checkbox"/> Prefiere no indicar un origen étnico	
		<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska				<input type="checkbox"/> No hispano o latino			
		<input type="checkbox"/> Asiático		Detalle de origen étnico		<input type="checkbox"/> Cubano		<input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano-estadounidense/Chicano	
		<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano				<input type="checkbox"/> Dominicano		<input type="checkbox"/> Otro origen hispano	
		<input type="checkbox"/> Otra raza				<input type="checkbox"/> Ecuatoriano		<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	
		<input type="checkbox"/> Prefiere no indicar una raza							
Idioma de preferencia					Segundo idioma				
Necesidades especiales de comunicación		<input type="checkbox"/> No se indicó ninguna		<input type="checkbox"/> Servicios de intérprete de idioma		<input type="checkbox"/> Otra		Describala: _____	
		<input type="checkbox"/> Dispositivo TDD/TTY		<input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas					
Adaptaciones físicas especiales (En caso afirmativo, descríbalas)									
Veterano		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En servicio activo		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Baja del servicio	
						<input type="checkbox"/> Deshonrosa		<input type="checkbox"/> Honrosa	
						<input type="checkbox"/> General		<input type="checkbox"/> N/C	
								Otro	
								<input type="checkbox"/> Veterano discapacitado	
								<input type="checkbox"/> Elegible para servicios de VA	
								<input type="checkbox"/> Familiar de veterano	

¿Tiene seguro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Relación con la persona asegurada	
Seguro				N.º de ID/póliza	
				N.º de Medicaid (si corresponde)	
Seguro adicional				N.º de ID/póliza	
				N.º de Medicaid (si corresponde)	
<i>Si es diferente del cliente, proporcione la información a continuación.</i>					
Nombre de la persona asegurada					
Fecha de nacimiento		Mes / Día / Año		N.º de Seguro Social	
				-	

Contacto de emergencia				N.º de teléfono		()	-
Relación				Idioma de preferencia (si es diferente de inglés)			
Address		Calle		Ciudad		Estado	
						Código postal	

Si el cliente es menor de edad, proporcione la información a continuación.

Nombre de padre/madre/tutor		N.º de teléfono		()	-
Dirección	Calle	Ciudad	Estado	Código postal	
Idioma de preferencia (si es diferente de inglés)			Relación		

Fuente de la derivación (Organización)		Contacto de derivación (Persona)			
Principal razón de la derivación		Método de contacto inicial (¿Cómo se enteró de nosotros?)			
Dirección de la fuente de derivación					
N.º de teléfono del contacto de derivación		()	-	Correo electrónico	

Si corresponde, complete la información de derivación hospitalaria a continuación.

Recientemente hospitalizado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derivación de COPS (Paciente hospitalizado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hospital	Fecha de alta		/ /
Documentación de alta enviada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, cuándo se enviará: _____	
Recibe medicación inyectable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Próxima fecha prevista	/ /
Medicamento inyectable/Dosis			
En Clozaril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Próxima fecha prevista	/ /

Please check all that apply.

<input type="checkbox"/> Antecedentes penales	<input type="checkbox"/> ACT	<input type="checkbox"/> Tratamiento asistido por medicamentos
<input type="checkbox"/> Libertad condicional/vigilada	<input type="checkbox"/> AOT	<input type="checkbox"/> Alta reciente de psiquiatra o tratamiento por abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Delincuente sexual	<input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/> Afecciones crónicas de salud: _____
<input type="checkbox"/> Historial de agresión	<input type="checkbox"/> Riesgo de suicidio	<input type="checkbox"/> Trastorno concomitante: _____
<input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de sustancias pasado o actual: _____		

Seleccione un lugar para prestar el servicio.

<input type="checkbox"/> White Plains 29 Sterling Ave White Plains, NY 10606	<input type="checkbox"/> Mt Kisco 344 Main Street- Suite 301 Mt Kisco, NY 10549	<input type="checkbox"/> Yonkers 20 South Broadway- Suite 402 Yonkers, NY 10701	<input type="checkbox"/> Upper Nyack 311 N. Midland Ave- Suite #3 Nyack, NY 10960	<input type="checkbox"/> Haverstraw 20 George Street Haverstraw, NY 10927
<input type="checkbox"/> IOP 29 Sterling Ave White Plains, NY 10606	<input type="checkbox"/> Caremount - Mt Kisco 110 S Bedford Rd Mt Kisco, NY 10549	<input type="checkbox"/> OnTrack NY 20 South Broadway- Suite 402 Yonkers, NY 10701	<input type="checkbox"/> Nyack - BOCES 131 Midland Avenue North Nyack, NY 10960	

Solo para derivaciones escolares

<input type="checkbox"/> Fieldstone Middle School 100 Fieldstone Drive, Thiells, NY 10984	<input type="checkbox"/> North Rockland High School 106 Hammond Road, Thiells, NY 10984	<input type="checkbox"/> NR High School Extension 63 Chapel Street, Garnerville, NY 10923
---	---	---

Seleccione los servicios que le interesan. Si está inscrito en alguno de los servicios a continuación, identifique a su asistente de caso.

<input type="checkbox"/> Administración de la atención médica/administrador:
<input type="checkbox"/> Servicios HCBS:
<input type="checkbox"/> Terapeuta matriculado sobre alcoholismo y abuso de sustancias CASAC or Encompass):
<input type="checkbox"/> Grupos de pares con intereses similares:
<input type="checkbox"/> Apoyo familiar:
<input type="checkbox"/> Servicios de empleo:

Para ser completado por el personal de MHA. (To be filled out by MHA staff)

Program	Client ID
Assigned Clinician	Self-Pay Assigned

Envíe el formulario por fax al (914)347-8859, Programación central. Las admisiones se procesan dentro de las 24-48 horas de la recepción. Debido a la gran cantidad de llamadas, nos comunicaremos por teléfono lo antes posible con la información sobre su cita. Proporcione esa información donde se indique. Si este formulario no está completo, la programación de la cita puede retrasarse.