

## BAYCARE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

<b>RM No. (Solo para uso interno):</b>		Fecha:	Seguro Social No.: _____ - _____ - _____		
Apellido:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección 1 (Postal):					
Dirección 2 (Física):					
Ciudad:		Estado:	CP:	País:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Fecha de nacimiento:		
Raza (marcar una con círculo): Blanca    Negra    Indígena americana    Asiática    de Hawái/Islas del Pacífico    Multi-racial					
Teléfono de la casa: (    )		Teléfono laboral: (    )		Otro teléfono: (    )	
Ingresos individuales: \$ <b>Marcar uno con un círculo:</b> Semanal    Quincenal    Mensual    Anual					
Total de ingresos familiares : \$ <b>Marcar uno con un círculo:</b> Semanal    Quincenal    Mensual    Anual					
Cantidad de hijos en el hogar:			Cantidad de adultos en el hogar:		
Estado civil (marcar uno con un círculo): Soltero/a    Casado/a    Divorciado/a    Separado/a    Viudo/a    Cohabitante    Hijo/a    Concubino/a					
<b>Condición laboral (marcar una con un círculo)</b>					
<u>Si trabaja:</u> Militar activo-extranjero    Militar activo –EE.UU.    Jornada completa    Media jornada    Sin paga (Negocio familiar)					
<u>Si no trabaja:</u> Ama de casa    Estudiante    Discapacitado    Interno penal    Interno-Otro No autorizado a trabajar    Retirado    De licencia    Desempleado (en la fuerza laboral)					
<b>Nivel académico:</b>		<b>Condición de alumno:</b> Jornada completa    Media jornada    Estudia en casa    Ninguna			
<b>Tipo de alojamiento (marcar uno con un círculo)</b>					
Dependiente – con familiares		Residencia para personas en crisis		Vivienda asistencial	
Independiente – solo		Dependiente – con no familiares		Hospital	
Independiente - con familiares		Hogar comunitario (Residencial, Rehabilitación, etc.)		Hogar geriátrico	
Independiente - con no familiares		No disponible o desconocido		Situación de calle	
Institución de salud mental (ALF)		Tratamiento residencial pediátrico		Institución del Dep. de Justicia Juvenil	
Institución de vivienda asistida (ALF)		Hogar de acogida		Instituto correccional	
<b>¿Quién lo derivó a BayCare Behavioral Health?</b>					
<b>Etnia (marcar una con un círculo):</b> Portorriqueña    Mexicana    Cubana    México-Americana    Haitiana Española/Latina    Otra Latina    No hispana    Otra hispana					
<b>Condición de veterano – Las preguntas 1 y 2 son obligatorias independientemente de la condición de veterano de guerra.</b>					
<b>1) Familiar de veterano</b>		Sí    No		<b>En caso afirmativo, relación con el veterano (marcar una con un círculo):</b>	
<b>2) Servicio militar (propio)</b>		Sí    No		Hijo/a    Cónyuge    Padre/Madre    Hermano/a    Otra:	
<b>Si respondió “NO” a la Pregunta 2 – Por favor, DETÉNGASE y vaya a “DISCAPACIDAD” en la página siguiente.</b>					
Condición militar:		Activa    Reserva    Guardia Nacional    Inactiva    Veterano    Retirado			
Última rama de servicio:		Fuerza Aérea    Ejército    Guardia Costera    Infantería Marina    Armada    Salud Pública			
Tipo de baja:		Honorable    General    Médica    Deshonrosa			
Año de la baja:					



Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

RM No.: \_\_\_\_\_

Clasificación de la Administración de Veteranos relacionada con el servicio	Sí	No	<b>En caso afirmativo, marque el porcentaje con un círculo:</b> 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%							
Sirvió en combate	Sí	No	<b>En caso afirmativo, marque el teatro de operaciones que corresponda:</b> <input type="checkbox"/> Afganistán <input type="checkbox"/> Irak <input type="checkbox"/> Liberia <input type="checkbox"/> Filipinas <input type="checkbox"/> Vietnam <input type="checkbox"/> Beirut <input type="checkbox"/> Corea <input type="checkbox"/> Panamá <input type="checkbox"/> Somalia <input type="checkbox"/> 2da Guerra Mundial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Granada <input type="checkbox"/> Líbano <input type="checkbox"/> Golfo Pérsico <input type="checkbox"/> Teherán <input type="checkbox"/> Yugoslavia							
Ex prisionero de guerra	Sí	No								
¿Recibió el Corazón Púrpura?	Sí	No								
¿Tiene una copia de su DD214?	Sí	No	<b>Si no la tiene, ¿necesita ayuda para obtener una copia de su DD214?</b> Sí    No							
<b>Discapacidad - por favor, marque con un círculo Sí o No:</b>										
Discapacidad auditiva	Sí	No								
Discapacidad física	Sí	No								
Discapacidad visual	Sí	No								
Discapacidad del habla	Sí	No								
Discapacidad del aprendizaje	Sí	No								
Idioma inglés limitado	Sí	No								
<b>Datos del seguro</b>										
<b>Marque con un círculo el tipo de seguro:</b> Sin seguro    Medicaid    Seguro privado    Medicare    Otro: _____										
Seguro privado:					Póliza No.:					
Código Indicador de Presentación de Reclamos					Código de secuencia de responsabilidad de los pagos:					
Nombre de la persona financieramente responsable:										
Dirección de la persona financieramente responsable:										
Seguro Social No.: _____ - _____ - _____					Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____					
<b>Pariente más cercano</b>										
Nombre:					Relación:					
Dirección:										
Ciudad:			Estado:		CP:		Teléfono: (    )			
<b>Contacto de emergencia:</b>										
Nombre:					Relación:					
Dirección:										
Ciudad:			Estado:		CP:		Condado:			
Teléfono de la casa: (    )			Teléfono laboral: (    )				Otro teléfono: (    )			
¿La persona que solicita los servicios tiene un Tutor Legal:    Sí    No										
Mediante mi firma certifico que la información que antecede es genuina.										
Firma de la persona que completó el formulario					Fecha / Hora					
<b>INFORME DE ADMISIÓN PARA LOS SERVICIOS DE  BAYCARE BEHAVIORAL HEALTH  BC BH 0211S                      <b>Página 2 de 2</b></b>					Apellido: _____					
					Nombre: _____					
					RM No.: _____					
					Rev. 6/11					