

Solicitud de servicios

Fecha:

¿Qué te lleva a buscar servicios de salud mental en este momento? (Seleccione todas las que correspondan)

- Sentirse abrumado       Problemas de relación       Ansiedad o ataques de pánico
- Depresión       Duelo o pérdida       Trauma
- Consumo de sustancias
- Otros problemas de salud mental       Otros

Otros servicios

¿Tienes una condición mental diagnosticada? (Seleccione todas las que correspondan)

- Ansiedad       Depresión       Bipolar
- Síntomas psicóticos (p. ej., esquizofrenia, esquizoafectividad, psicosis)
- Problemas relacionados con el trauma (p. ej., trastorno de estrés postraumático)
- Consumo de sustancias
- Ninguna afección diagnosticada
- Prefiero no decir
- Otro (por favor, especifique)

Otros diagnosticados

¿Qué tipo de servicios de salud mental está buscando? (Seleccione todas las que correspondan)

- Terapia       Terapia familiar       Psiquiatría/Manejo de medicamentos

Nombre del cliente:  
Revisado el 24/04/25

Número de gráfico:

- Gestión de casos    Rehabilitación    Apoyo al empleo     
 Apoyo entre iguales    Apoyo a la vivienda    Otro (especifique)

Otro tipo

¿Tiene alguna preferencia con el médico/proveedor?

¿Qué días y horas están generalmente disponibles para citas? (Seleccione todas las que correspondan)

- Mañanas de lunes a viernes    Tardes de lunes a viernes  
 Noches de lunes a viernes  
 Fines de semana (puede que no esté disponible)

¿Tienes alguna preferencia para la configuración de tus sesiones? (Seleccione todas las que correspondan)

- Servicios presenciales    Servicios virtuales (p. ej., videollamadas)  
 Una combinación de servicios presenciales y virtuales

¿Cuáles son sus objetivos para el tratamiento? (Seleccione todas las que correspondan)

- Mejorar la salud mental  
 Controlar la ansiedad o el estrés  
 Abordar la depresión  
 Mejorar las relaciones  
 Superar el trauma  
 Recuperación del consumo de sustancias  
 Desarrollar estrategias de afrontamiento  
 Escuchar, ver, creer, sentir cosas que otros no podrían no

Nombre del cliente:  
Revisado el 24/04/25

Número de gráfico:

Problemas de comportamiento del niño Otros (especifique)

Otros objetivos

**¿Tiene alguna preocupación específica o áreas en las que le gustaría centrarse? (Seleccione todas las que correspondan)**

Crecimiento personal

Preocupaciones laborales/académicas

Problemas familiares

Problemas sociales

Problemas de identidad (p. ej., género, sexualidad)

Transiciones de la vida (p. ej., mudanza, nuevo trabajo)

Necesidades básicas (p. ej., vivienda, alimentación, presupuesto, etc.)

Otros (especifique)

Otras preocupaciones

Valoramos sus preferencias y haremos todo lo posible para incluirlas en su plan de tratamiento. Tenga en cuenta que, si bien nos esforzamos por adaptar su equipo de tratamiento a sus preferencias, la disponibilidad y la idoneidad de ciertos servicios pueden variar. Independientemente de las opciones específicas disponibles, nos comprometemos a trabajar con usted para identificar los mejores enfoques posibles para apoyar su viaje de salud mental. Cada preferencia que haya indicado será considerada cuidadosamente y discutiremos todas las opciones disponibles con usted.

**¿Quién te ha referido aquí hoy?**

01 Yo

02 Pareja

03 Escuela

04 Iglesia/Clero

05 Hogar Grupal

06 Empleador/Sindicato

Nombre del cliente:

Número de gráfico:

Revisado el 24/04/25

- 08 Hospital no psiquiátrico    09 Sistema de VA
- 10 Servicios de salud para indígenas
- 12 Departamento Correccional    14 Departamento de Servicios Humanos
- 21 Psiquiatra privado/profesor de MH    22 Seguridad Social
- 23 Abogado/Asistencia jurídica    25 Aplicación de la ley
- 30 Albergue para personas sin hogar    32 Tribunal
- 33 Libertad condicional    34 Libertad condicional
- 35 Departamento de Seguridad Pública    37 Médico privado
- 40 Derivación de otro CCBHC    41 Derivación de hospital psiquiátrico privado
- 48 Oficina de Asuntos Juveniles    49 TANF/Bienestar Infantil
- 51 Grupo de autoayuda    52 Padre/Tutor

### **Estatus militar**

- Cliente: Actualmente activo     Cliente: Guardia Nacional/Reserva
- Cliente: Anteriormente activo     Miembro de la familia: Actualmente activo
- Miembro de la familia: Guardia
- Nacional/Reserva     Miembro de la familia: Anteriormente activo
- Ninguno

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN RED ROCK BEHAVIORAL HEALTH SERVICES (RR). AUTORIZO A RR A USAR/DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA OBTENER EL PAGO POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS. ENTIENDO QUE SE ME PUEDE ENVIAR UNA FACTURA A

Nombre del cliente:

Número de gráfico:

Revisado el 24/04/25

MÍ Y/O A UN TERCERO PAGADOR. ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO A LOS QUE TENGO DERECHO RR. ESTE ACUERDO PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA QUE SEA REVOCADO POR MÍ POR ESCRITO O CUANDO SE SATISFAGAN TODAS LAS RECLAMACIONES DE TERCEROS. **ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS.**

HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO ESTA INFORMACIÓN, Y LA ENTIENDO.

**X**

---

**¿Necesita alguna ayuda o equipo especial para acceder a los servicios?**

Yes

No

**Describa los servicios o equipos especiales**

**¿Tiene seguro médico?**

Yes

No

**En caso afirmativo, con quién e incluya su número de identificación**

**¿Es usted VIH positivo?**

Sí

No

Prefiero no contestar

Nombre del cliente:  
Revisado el 24/04/25

Número de gráfico:

**¿Alguna vez te has hecho una prueba cutánea de tuberculosis que ha dado positivo?**

Yes

No

**En caso afirmativo, ¿cuándo?**