



Estimado miembro de la comunidad,

Gracias por su interés en el Lester Daigle Programa de Salud Conductual en TAN Healthcare.

Nos sentimos honrados de que nos haya considerado como socios en su viaje de salud mental y emocional. En TAN Healthcare, creemos que la salud mental es salud — y todas las personas merecen atención, apoyo y dignidad.

Mientras nos esforzamos por servir a tantas personas como sea posible, hay ocasiones en las que nuestra disponibilidad actual, la capacidad del proveedor, o el alcance de nuestros servicios pueden no ser los más adecuados para sus necesidades. En esos casos, nuestro objetivo no es rechazarlo — pero para ayudarlo a guiarlo hacia la atención que mejor favorezca su curación.

Para ayudarnos a comprender mejor cómo podemos ayudarlo, le pedimos que complete el paquete de admisión adjunto. Esta información ayuda a nuestro equipo a evaluar sus necesidades y determinar si nuestros servicios se alinean con sus objetivos de atención y si tenemos disponibilidad oportuna para comenzar el tratamiento. Cuanto más minucioso sea en sus respuestas, más claramente podremos evaluar cómo proceder.

Si podemos seguir adelante con la atención en TAN Healthcare, Alguien de nuestro equipo de elegibilidad y programación se comunicará con usted para comenzar los próximos pasos. Su paquete de admisión también servirá como parte de su evaluación inicial, que apoya el desarrollo de un plan de tratamiento personalizado.

Por favor nota: mientras estamos comprometidos con la continuidad de la atención, es posible que no podamos continuar con ciertos medicamentos existentes. Si se determina que una referencia es el mejor curso de acción, haremos todo lo posible para recomendarte recursos comunitarios confiables que puedan ayudarte.

Agradecemos profundamente su paciencia mientras completamos este proceso de revisión. Es posible que no reciba una respuesta de inmediato — podría tardar hasta dos semanas — por lo tanto, lo alentamos a que continúe explorando otras opciones de atención local mientras evaluamos su paquete.

Estamos aquí para apoyarte — si sea a través de la atención en TAN Healthcare o ayudándote encontrar el camino correcto hacia adelante.

Sinceramente,

**The Lester Daigle Behavioral Health Services Team
TAN Healthcare**



CUESTIONARIO DE ADMISIÓN PARA NUEVOS PACIENTES

Este cuestionario nos ayudará a conocerle mejor y proporcionar los mejores servicios posibles de salud mental.

Por favor complete este formulario de manera honesta y completa.

Toda la información que proporcione será confidencial según lo exige la ley estatal y federal.

Fecha: _____

Dirección: _____

Número de Seguro Social: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre: _____

Teléfono de Casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono

Edad: _____

Celular/Alternativo: _____

Estado Civil: soltero(a) casado(a) separado(a) divorciado(a) viudo(a)

Describa con sus propias palabras los problemas actuales:

¿Cuánto tiempo ha estado ocurriendo esto?

¿Qué lo motivó a venir en este momento?

¿Qué espera obtener de esta evaluación y/o consejería?

¿Qué ha hecho para sobrellevar dificultades en el pasado? ¿Fue útil?

Iniciales _____ Fecha de Nacimiento _____



SÍNTOMAS:

Marque cualquier síntoma que haya tenido este último mes

- Retiro social
- Aislamiento prolongado
- Estado de ánimo deprimido
- Sentirse insensible
- Cambios de humor rápidos
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Culpa frecuente
- Sensación de falta de control
- Relación abusiva
- Cambios en el apetito
- Baja energía
- Flashbacks
- Dificultad para dormir
- Evitación de personas/lugares
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos suicidas
- Pensamientos obsesivos
- Alucinaciones visuales
- Escuchar voces
- Autolesiones

Describe cualquier otro síntoma o experiencias con las que haya tenido problemas:

HISTORIAL PSIQUIÁTRICO Y MÉDICO:

¿Ha visto con anterioridad a un consejero, psicólogo, psiquiatra u otro profesional de salud mental?

No Sí Si es así, por favor indique el nombre y la profesión: _____

¿Está tomando actualmente medicación psiquiátrica? No Sí – Describa:

Medicamento	Dosis	¿Desde hace cuánto tiempo la está tomando?	¿Le ha sido útil?

Iniciales _____ *Fecha de Nacimiento* _____



¿Está tomando actualmente medicación no psiquiátrica? No Sí – Describa:

Medicamento	Dosis	¿Desde hace cuánto tiempo la está tomando?

¿Ha tomado alguna medicación psiquiátrica en el pasado? No Sí – Describa:

Medicamento	Dosis	¿Primera/última vez que la tomó?	Efecto del medicamento

¿Ha sido hospitalizado por razones psiquiátricas? No Sí – Describa:

Hospital	Fechas	Razón

¿Ha intentado suicidarse? No Sí Describa:

¿Ha tenido pensamientos suicidas? No Sí Describa:

¿Está en tratamiento médico actual? No Sí Describa:

Enfermedades/cirugías/accidentes previos:

Alergias a medicamentos:

Iniciales _____ Fecha de Nacimiento _____



FAMILIA

¿Alguien en su familia ha tenido:

	Hijos	Hermanos	Hermanas	Padre	Madre	Tios/Tias	Abuelos
Problemas nerviosos							
Depresión							
Hiperactividad							
Consejería/ Terapia							
Medicación psiquiátrica							
Hospitalización psiquiátrica							
Intento de suicidio							
Suicidio							
Abuso de alcohol							
Uso de drogas							

Educación:

Grado máximo completado: _____ Titulo obtenido, si aplica: _____

¿Problemas disciplinarios en la escuela? _____

Si es así, explique: _____

¿Considerado hiperactivo o con TDAH?: _____ Si es así, ¿tomo medicamento? _____

¿Medicamentos tomados?: _____

¿Calificaciones obtenidas en la escuela?: _____

¿Ha servido en el ejército?: _____

Si es así, describa brevemente: _____

¿Qué tipo de baja obtuvo?: _____

¿Ha sufrido abuso?:

- Verbal Emocional Físico Sexual Negligencia

Si es así, describa:

Iniciales _____ Fecha de Nacimiento _____



ABUSO DE SUSTANCIAS:

Alcohol:

¿Bebe alcohol? _____ Edad del primer uso: _____

Frecuencia y cantidad: _____

¿Ha perdido el conocimiento o se ha desmayado?: _____

¿Ha tenido temblores?: _____

¿Ha sentido que debe reducir el consumo?: _____

¿Le han molestado críticas sobre su consumo?: _____

¿Se ha sentido culpable por su consumo?: _____

¿Ha consumido por la mañana para aliviar síntomas?: _____

¿Usa tabaco? _____ Frecuencia: _____

Drogas:

Para cada droga indique:

Droga	¿Usada?	Edad de 1er uso	Último uso	Uso en últimos 30 días
Marihuana				
Cocaína				
Crack				
Heroína				
Metanfetamina				
Éxtasis				

¿Hay algo más que quisiera compartir con nosotros?

Iniciales _____ Fecha de Nacimiento _____