



999 164th Avenue NE
Bellevue, WA 98008
425-747-4937
FAX 425-957-0351

11829 97th Avenue NE
Kirkland, WA 98034
425-827-4937
FAX 425-827-7047

15600 Redmond Way, Ste. 102
Redmond, WA 98052
425-869-6036
FAX 425-869-6037

Informacion se mantendra estrictamente CONFIDENCIAL!

| REGISTRO DE CLIENTES | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------|--|-----------------------------|--|---|
| Nombre | | | | | | |
| Apellido | | | | | | |
| Nombre de Padre/Tutor | | | | | | |
| Direccion | | | | | | |
| Ciudad | | Codigo Postal | | | | |
| Telefono | | Mensaje? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Nombre de Contacto | |
| Telefono alternativo | | Mensaje? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Nombre de Contacto | |
| Correo Electronico | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | Edad | | | | |
| Escuela | | Grado | | | | |
| Genero | <input type="checkbox"/> Mujer | | <input type="checkbox"/> Hombre | | | |
| | <input type="checkbox"/> Transexuales (F y M) | | <input type="checkbox"/> Transexuales (M y F) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar | | | |
| Origen Etnico | <input type="checkbox"/> Indio Americano o native de Alaska | | <input type="checkbox"/> Asiatico o Asiatico Americano | | | |
| | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | | <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño del Pacifico | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino | | <input type="checkbox"/> Oriente/Arabe | | | |
| | <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucasico | | <input type="checkbox"/> Multirracial | | | |
| | <input type="checkbox"/> Otras _____ | | <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar | | | |
| Religion | | | | | | |
| Empleo | <input type="checkbox"/> Desempleado | | <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial | | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo | |
| | <input type="checkbox"/> Militares activos | | <input type="checkbox"/> Veterano | | <input type="checkbox"/> Temporal | |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno | | <input type="checkbox"/> Buscando trabajo | | | |
| Situacion Militar | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No | | Estas en Cuidado de Crianza? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Esta usted sin Hogar? | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No | | Existe un plan de crianza? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Con quien vive? | <input type="checkbox"/> Casado/Pareja | | <input type="checkbox"/> Soltera | | <input type="checkbox"/> Soltero | |
| Jefe de Hogar | <input type="checkbox"/> Mezcla | | <input type="checkbox"/> Otros | | | |
| Idioma Principal que se habla? | | | | | | |
| Tienes algun tipo de discapacidad? | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No | | En caso de afirmativo, describa | |
| Alojamiento o interprete necesitada? | <input type="checkbox"/> Si | | <input type="checkbox"/> No | | En caso de afirmativo, describa | |
| Quien lo refirio a YES? | <input type="checkbox"/> Doctor | | <input type="checkbox"/> Escuela | | Otro: | |

Nombre del Cliente:

EVALUACION FINANCIERA

Youth Eastside Services acepta seguro privado, Medicaid y ofrese una escala de tarifa. Independientemente de sus circunstancias financieras, usted puede encontrar la ayuda que necesita en YES!

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (S)

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre | | | |
| Apellido | | | |
| Relacion con el cliente | | | |
| Direccion de facturacion | | | |
| Ciudad | | Codigo Postal | |
| Telefono | | Mensaje? <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Telefono alternativo | | Mensaje? <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

Seguro Primario (si el cliente tiene cobertura secundaria complete formulario para seguro secundario)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Nombre de la Compañia de seguros | |
| Nombre del asegurado | |
| Empleador del asegurado | |
| Relacion de cliente con el asegurado | |
| Numero de telefono de Seguro | |
| Numero de Identificacion | |

ESCALA DE HONORARIOS

| | |
|--|--|
| Numero de personas que viven en el hogar? | |
| Numero de personas menores de 18 años que viven en el hogar? | |
| Ingreso anual | |

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO FINANCIEROS

Entiendo que yo soy totalmente responsable de todos los servicios no cubiertos por mi seguro.

- Entiendo que los beneficios estimados no son una garantia de pago.

- Entiendo que YES le factura a mi compañía de seguros en sus tarifas completos establecidos (si corresponde).

- Entiendo que el pago es debido cuando se presentan los servicios.

- Entiendo que se cobrara un cargo de NO SHOW de \$20 por citas canceladas menos de 24 horas antes de la cita.

- Estoy de acuerdo en proporcionar a YES una copia de mi tarjeta de seguro, identificacion con fotografia o comprobante de ingresos (si aplica)

- estoy de acuerdo en notificar a la oficina de facturacion YES si mi seguro o situacion financiera cambia de circunstancias.

- Entiendo que mi cuenta morosa vencida puede ser referida a una agencia de coleccion, con lo cual estoy de acuerdo en pagar todos los costos incurridos.

Autorizo a Youth Eastside Services (YES) para facturar mi seguro y Medicaid/Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de prestacion de servicios a mi/mi familia. Autorizo a YES a coordinar beneficios y pagos con mi seguro/Medicaid/EAP. Autorizo a YES para enviar toda informacion requerida a mi seguro/Medicaid/EAP. Entiendo que esta autorizacion tendra validez hasta que se de aviso por escrito por mi revocacion de esta autorizacion.

Certifico que he leído, entendido y estoy de acuerdo con el contenido de este acuerdo

| | |
|-----------------------|-------|
| Firma del Cliente | Fecha |
| Firma del Padre/Tutor | Fecha |

Nombre del Cliente:

PREOCUPACIONES ACTUALES (Que te trai a YES hoy en dia?)

PREOCUPACIONES Y SINTOMAS (marque todo lo que aplique)

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Desafios de ajuste | <input type="checkbox"/> Agresion | <input type="checkbox"/> Ira | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Disturbio del apetito | <input type="checkbox"/> Comportamieto | <input type="checkbox"/> Bullying | <input type="checkbox"/> Judicial/Legal |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Trastorno Alimenticio | <input type="checkbox"/> Exceso de energia | <input type="checkbox"/> Conflicto familiar |
| <input type="checkbox"/> Fatiga / Energia baja | <input type="checkbox"/> Miedo / Preocupacion | <input type="checkbox"/> Juegos de azar | <input type="checkbox"/> Identidad de genero |
| <input type="checkbox"/> Pena | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Desesperanza |
| <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Aislamiento | <input type="checkbox"/> Perdida de Interes |
| <input type="checkbox"/> Mentir/Robar | <input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos | <input type="checkbox"/> Obsesiones/ Compulsiones | <input type="checkbox"/> Ataques de panico |
| <input type="checkbox"/> Paranoia | <input type="checkbox"/> Relaciones entre Pares | <input type="checkbox"/> Fobias | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos riesgosos | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Problemas Escolares | <input type="checkbox"/> Problemas de Autoestima |
| <input type="checkbox"/> lesiones a simismo | <input type="checkbox"/> Orentacion Sexual | <input type="checkbox"/> Cambios en Sueño | <input type="checkbox"/> Uso de Substancias (Cliente) |
| <input type="checkbox"/> Uso de sustancias (familia) | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas / Acciones | <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Violencia |
| Ha obtenido servicios de Salud Mental previo? | | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

USO DE ALCOHOL/DROGAS – has probado lo siguiente? (Marque lo que aplique)

| | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Tabaco/Nicotina/Vaping | <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Alucinogenos / LSD |
| <input type="checkbox"/> Heroina | <input type="checkbox"/> Metanfetaminas | <input type="checkbox"/> Cocaina | <input type="checkbox"/> Estimulantes (Patillas) |
| <input type="checkbox"/> Extasis | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes/Xanax | <input type="checkbox"/> Analgesicos | <input type="checkbox"/> Medicamentos de mostrador |

ORDENADO POR EL TRIBUNAL

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Son servicios ordenados por la corte? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Esta bajo la supervision del Departamento de correcciones? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

MEDICOS

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Tiene problemas medicos o preocupacones? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

En caso de afirmativo, Porfavor describa.

| | |
|---|--|
| Nombre de Medico / proveedor de atencion primaria | |
| Nombre de clinica | |
| Numero de telefono | |
| Medicamentos actuales prescritos | |

Nombre del Cliente:

| PROYECCION CORTA GANANCIA | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Para ser <u>completado por los jovenes</u> mayores de 13 años | | |
| Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicologicos, conductuales o personales. Estos problemas se consideran significativos cuando tienen dos o mas semanas, cuando siguen regresando, al que le impidan cumplir sus responsabilidades o cuando te hacen sentir que no puede seguir adelante. | | |
| Favor de contestar Si o No. | | |
| Durante lo ultimos 12 meses, ha tenido problemas significativos..... | | |
| a. Con sentirse muy atrapado, triste, deprimido, o sin esperanza sobre el futuro? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b. Con problemas de sueño como pesadillas, sueño agitado o quedarse dormido durante el dia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c. Con sentimiento muy ansioso, nervioso, tenso, miedo, panico o como algo malo iba a suceder? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d. Cuando algo le recuerda el pasado, lo hace sentir muy afligido y angustiado? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e. Con el pensamiento acerca de poner fin a su vida o suicidarse? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sub-escala de IDS puntacion (0 a 5) | | |
| Durante los ultimos 12 meses hizo lo siguiente dos o mas veces? | | |
| a. Mentir para conseguir algo o evitar tener que hacer algo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b. Tiene dificultades para prestart atencion en la escuela, trabajo o casa? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c. Tiene dificultades para escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo o casa? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d. Ha amenazado a otras personas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e. Ha iniciado peleas con otras personas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| EDS el escala de puntacion (0 a 5) | | |
| Durante los ultimos 12 meses ha..... | | |
| a. Consumido alcohol o drogas semanalmente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b. Gasta mucho tiempo consiguiendo alcohol o drogas, uso de alcohol o drogas o sintiendo los efectos de alcohol o drogas, (alto, enfermo) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c. Usted sigue usando alcohol drogas a pesar de que estaba causando problemas en actividades importantes en el trabajo, eventos de escuela, hogar o sociales? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d. El uso de alcohol o drogas le causa de dejar, reducir o tener problemas en actividades importantes en el trabajo, eventos de escuela, hogar o sociales? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e. Tiene problemas de abstinencia de alcohol o drogas como la sacudida de las manos, vomitar, tener prolemas con estar quieto o durmiendo, o uso alcohol o drogas para dejar de sentirse enfermo o evitar abstinencia? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| SDS escala de puntacion (0 a 5) | | |

Firma: _____

Fecha: _____