



For Office Use Only  
 Client ID: \_\_\_\_\_

999 164<sup>th</sup> Ave. NE, Bellevue, WA  
 98008  
 Phone: 425-747-4937  
 Confidential Fax: 425-957-0351  
[www.youtheastideservices.org](http://www.youtheastideservices.org)

Bellevue • Kirkland • Redmond • Sammamish

**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"/> Temporal <input type="checkbox"/> Busca trabajo					
Situacion Militar	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Militares activos <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Buscando trabajo					
Esta usted sin Hogar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Estas en Cuidado de Crianza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Con quien vive?				Existe un plan de crianza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Jefe de Hogar	<input type="checkbox"/> Casado/Pareja <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Soltero <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:			



For Office Use Only  
Client ID: \_\_\_\_\_

999 164<sup>th</sup> Ave. NE, Bellevue, WA  
98008  
Phone: 425-747-4937  
Confidential Fax: 425-957-0351  
[www.youtheastideservices.org](http://www.youtheastideservices.org)

Bellevue • Kirkland • Redmond • Sammamish

**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			
Numero de Identificacion		Empleador del asegurado	
Relacion de cliente con el asegurado		Numero de telefono de Seguro	

**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 caundo 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 cambio de circunstancias.
- Entiendo que mi cuenta morose 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



For Office Use Only  
 Client ID: \_\_\_\_\_

999 164<sup>th</sup> Ave. NE, Bellevue, WA  
 98008  
 Phone: 425-747-4937  
 Confidential Fax: 425-957-0351  
[www.youtheastideservices.org](http://www.youtheastideservices.org)

Bellevue • Kirkland • Redmond • Sammamish

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 substancias (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.		



For Office Use Only  
 Client ID: \_\_\_\_\_

999 164<sup>th</sup> Ave. NE, Bellevue, WA  
 98008  
 Phone: 425-747-4937  
 Confidential Fax: 425-957-0351  
[www.youtheastideservices.org](http://www.youtheastideservices.org)

Bellevue • Kirkland • Redmond • Sammamish

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

**Nombre del Cliente:**

**PROYECCION CORTA GANANCIA**

**Para ser completado por los jovenes 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



For Office Use Only  
Client ID: \_\_\_\_\_

999 164<sup>th</sup> Ave. NE, Bellevue, WA  
98008  
Phone: 425-747-4937  
Confidential Fax: 425-957-0351  
[www.youtheastideservices.org](http://www.youtheastideservices.org)

Bellevue • Kirkland • Redmond • Sammamish

e. Tiene problemas de abstinencia de alcohol o drogas como la sacudida de las manos, vomitar, tener problemas 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: \_\_\_\_\_