



Centro de Orientación Familiar y Juvenil • 424 S. Oakes • San Angelo, Texas 76903

Estimado(s) Padre(s)/Representante(s) Legalmente Autorizado(s),

Bienvenido y gracias por elegir MHMR Concho Valley para ayudarlo a satisfacer las necesidades de salud mental de su hijo. Nuestra práctica proporciona la mejor atención posible para su hijo. Sabemos que tiene muchas opciones para elegir y apreciamos que nos haya seleccionado para ayudarlo con este importante proceso. Esta carta de presentación y formas están diseñados para prepararlo para el proceso de admisión y ayudarnos a poder ayudarlo mejor.

El paciente DEBE estar acompañado en la cita por el padre biológico u otro representante legalmente autorizado. La documentación relativa a la tutela se verificará antes de que comience la cita de admisión. Si no se puede confirmar la tutela legal, la cita de admisión se reprogramará.

El propósito de una cita de admisión es determinar si el paciente es elegible para los servicios con el Centro. Los medicamentos no se recetan en una cita de admisión. Una cita de admisión adecuada y completa puede tomar hasta DOS horas. Por favor, haga arreglos en su horario para estar en el Centro durante las dos horas completas.

**Para que su próxima cita de admisión se ejecute sin problemas, le pedimos que traiga la siguiente documentación.**

1. Prueba de tutela
  1. Certificado de nacimiento: el centro necesitará esto para cada niño.
  2. Decreto de divorcio- Si los padres biológicos del niño están divorciados, el centro tendrá que tener una copia del decreto de divorcio.
  3. Decreto de adopción- Si el niño ha sido adoptado, el centro tendrá que tener una copia de la documentación judicial que otorga la adopción.
  4. Forma de consentimiento médico: si el niño está bajo custodia de CPS, el centro deberá tener el Formulario 2085 B- Formulario de consentimiento médico que designa a alguien como el consentimiento médico del niño y esa persona específica debe asistir a la cita con el niño.
  5. Cualquier otro papeleo legal que designe a alguien como tutor legal actual del niño (por ejemplo, Orden de revisión de manutención de menores, demanda que afecta la relación entre padres e hijos)
2. Tarjeta de seguro (si corresponde)
3. Prueba de ingresos mensuales del hogar: el centro necesita esto para todos los pacientes que tienen Medicaid, CHIP o ningún seguro.



A Certified Community Behavioral Health Center

Los elementos adicionales que ayudarían a que su próxima cita de admisión se ejecute sin problemas son:

1. Identificación con foto
2. Tarjeta de Seguro Social
3. Evaluaciones psiquiátricas
4. Diagnósticos activos
5. Registros de alta
6. Comprobante de ingresos
7. Exámenes físicos

#### **ACCESO A LOS SERVICIOS**

Simplemente llame al 325-658-7750 y pida hacer una cita para la admisión a los servicios, o acceda a los servicios presentando en los horarios que se describen a continuación en el Centro de Orientación Familiar y Juvenil en 424 South Oakes (no se necesita cita). El acceso a los servicios basado en citas está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

#### **ACCESO ABIERTO**

Martes: 8-11

Jueves: 8-11

Open Access opera en la capacidad de servicios sin cita previa y opera como oportunidad por orden de llegada. En caso de que se alcance la capacidad de acceso abierto, el personal coordinará con usted la oportunidad de un servicio de admisión programada.



## FORMA DE ADMISIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial media)

DOB: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Hembra

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Si el tutor es alguien que no sea el padre biológico, ¿cuál es su relación con el niño?

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cuántas personas viven en el hogar: \_\_\_\_\_ Otros miembros de la familia en los servicios de MHMR: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia es miembro de, o se retiró de, las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Sí  No  Veterano

## IDENTIDAD RACIAL/ÉTNICA

Afroamericano  Asiático Americano  Hispano/Latino  Nativo Americano

Isleño del Pacífico  Blanco/Caucásico  Otro

## EDUCACIÓN

Grado actual: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_



¿Está el paciente actualmente en libertad condicional?  Sí  No (por favor enumere el nombre del oficial de libertad condicional):

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Medicaid  Chip  Tricare  Otro: \_\_\_\_\_

ID o número de póliza: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria (Pediatra): \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

¿Has experimentado algún tipo de trauma?  Sí  No

¿Cómo te enteraste de nuestros servicios?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de su visita a la clínica hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de cualquier tratamiento anterior para problemas de salud mental. Esto incluye cualquier hospitalización para pacientes hospitalizados, psiquiatra privado, médico u otra clínica de MHMR. (Incluir fechas)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enumere cualquier medicamento(s) actual(es): \_\_\_\_\_