

PAQUETE DE ACCESO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD)

Bienvenido y gracias por seleccionar MHMR Concho Valley (MHMRCV) para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de salud conductual. Nuestro objetivo es ofrecer la mejor calidad de atención posible. El paquete de información adjunto le dará tiempo para juntar información antes del ACCESO ABIERTO que será útil en la evaluación.

Entendemos que algunos de estas formas pueden ser desafiantes, llevar mucho tiempo y, en algunos lugares, ser repetitivos. Queremos que sepas que cuanta más información tengamos, mejor podremos atenderle. Por favor, comprenda que esta clínica no prescribe sustancias controladas. Esto incluye los siguientes medicamentos: Xanax, Klonopin, Ativan, Ambien, Lunesta, Adderall, Ritalin, Vyvanse y cualquier otra sustancia controlada. Cualquier medicamento psiquiátrico que reciba deben provenir de un solo proveedor. Si tiene un proveedor alternativo de medicamentos psiquiátricos, necesitaremos la confirmación de su proveedor alternativo de que ya no le recetarán esta clase de medicamentos.

Si en algún momento de este proceso tiene alguna pregunta, comuníquese con MHMRCV al 325-658-7750.

Además de este paquete, por favor traiga los siguientes artículos, si los tiene:

- Identificación con foto (si no tiene una identificación con foto, háganoslo saber para que podamos referirlo a Legal Aid para obtener una.)
- Tarjeta de Seguro Social
- Comprobante de ingresos
- Comprobante de seguro

ACCESO A LOS SERVICIOS

Para acceder a los servicios de SUD, simplemente llame al 325-658-7750 y pida hacer una cita para la admisión a los servicios, o puede acceder a los servicios presentándose en persona en los horarios de "Acceso Abierto" que se describen a continuación en la Clínica para Pacientes Ambulatorios para Adultos ubicada en 202 North Main Street (no se necesita cita). El acceso a los servicios con cita previa 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: 8-5

Miércoles: 8-12

Jueves: 8-12

ACCESO ABIERTO SUD

Viernes: 8-12

El acceso abierto funciona como servicios sin cita previa y funciona por orden de llegada. Si se alcanza la capacidad de Acceso Abierto para el día, el personal coordinará con usted la oportunidad de un servicio de admisión programado.



Nombre del paciente/# de identificación: _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DE LA INGESTA DE SUD

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

(Apellido)

(Nombre)

(inicial del segundo nombre)

Haz una lista de cualquier otro nombre que hayas usado en el pasado: _____

Fecha de nacimiento: _____ # de Seguridad Social: _____ Género: Masc Hemb

Dirección: _____

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

Teléfono # de casa: _____ Teléfono alternativo #: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viuda/Viudo

Lugar de empleo: _____

- ¿Está sirviendo en las Fuerzas Armadas o alguien de su familia es miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o se retiró de ellas? Sí No Veterano (Si es así, consulte la Unidad MVPN)
- ¿Está actualmente en libertad condicional? Sí No *(En caso afirmativo, indique el nombre del oficial de libertad condicional a continuación).*

Seguro: Medicaid Medicare Seguro privado Sin seguro

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: _____

Dirección: _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono de la casa #: _____ Teléfono alternativo #: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del paciente/# de identificación: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD MENTAL

Médico de Atención Primaria: _____

Haga una lista de las alergias: _____

Haz una lista de todas las condiciones médicas: _____

¿Hay antecedentes familiares de salud mental o preocupaciones? Sí No (en caso afirmativo, explique a continuación)

¿Tienes un historial de consumo de sustancias? Sí No (En caso afirmativo, explique a continuación)

Por favor, marque cualquiera de los siguientes si se aplican a usted en este momento:

- Ver cosas Depresión Arrebatos de ira Escuchar voces
 Abuso de alcohol/drogas Pensamientos de lastimarse a sí mismo o a alguien

• ¿Lo derivaron a MHMRCV? En caso afirmativo, ¿por quién?

• ¿Cuál es el motivo de su visita a MHMRCV hoy?

• Haz una lista de cualquier tratamiento previo para problemas de salud mental. Esto incluye cualquier hospitalización, psiquiatra privado, médico u otra clínica de MHMR. Incluye fechas.

• Haz una lista de todos los medicamentos que tienes, incluidos los medicamentos psiquiátricos.

EVALUACIÓN FINANCIERA

Información para el paciente: ¿El paciente ha sido atendido antes en MHMRCV? Sí No

Nombre del paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (inicial del segundo nombre)

Haz una lista de cualquier otro nombre que hayas usado en el pasado:

Fecha de nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono # de casa: _____ Teléfono alternativo #: _____

¿El paciente está en libertad condicional o en libertad condicional? Sí No (En caso

Medicaid Medicare CHIP TRICARE Otro: _____

Nombre del seguro: _____ ID/Política#: _____

Fecha de entrada:

Número de miembros de familia en el hogar:

afirmativo, ¿fue remitido a MHMRCV, en caso afirmativo, por quién?

Se deberá proporcionar un comprobante de ingresos de al menos un mes. ¿Trajiste comprobante de ingresos?

Sí No No Ingresos Otros:

El paciente está cubierto por:

¿Alguno de los miembros de su familia que viven en el hogar recibe servicios de MHMRCV? Si es así, ¿cuántos _____

Completado por:

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación: _____

Fecha: _____