Clínica de Acceso Abierto: Información del Paciente

Fecha: _____ Hora de llegada: _____ Circule Uno: Paciente Nuevo Reprogramación Paciente Anterior

Primer Nombre Legal: _____ Apellido Legal: _____ Segundo Nombre (inicial): _____

Sufijo (Jr. Sr. Etc.): _____ Apodo: _____

Para Niños, Nombre y Relación del Padre o Tutor Legal: _____

Número Preferido para Contactarlo: (_____) _____ Teléfono Alternativo: (____) _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/_____ Número de Seguro Social (si lo sabe): _____/_____/_____

Género: _____ Pronombres (ej. Él, Ella, Ellos): _____ Sexo de Nacimiento: _____

¿Actualmente tiene otros proveedores de salud mental/conductual o uso de sustancias? Circule Uno: Sí o No
Si marco Si

Nombre del Proveedor: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Fecha de la Última Cita: _____
Qué servicios recibe: _____
(Ejemplos: terapia, ABA, wraparound, manejador de casos, etc.)

Seguro Médico/Compañía de Seguro (si lo sabe): _____

Seguro Médico Alternativo o Secundario: _____

¿Está siendo referido a Oaklawn por alguien?: _____

¿Cuál es la razón por cual estas aquí el día de hoy? (2-3 oraciones):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____