



Querido Cliente,

Gracias por su interés en Tahoe Youth & Family Services. Esperamos que la siguiente información le ayude con el paquete de admisiones.

Tahoe Youth & Family Services cree que la familia juega una parte muy significativa en el éxito del desarrollo de cada familiar y su experiencia con nuestra agencia. Abajo hay información que le ayudará con el paquete de admisiones y también con su experiencia de conserjería.

- Si un menor es el cliente primario, el único papelerillo que NO será llenada por del menor es el cuestionario marcado “Padre/Guardián Joven 10-17 años” en la esquina derecha del paquete.
- Por favor haga el esfuerzo a llegar con tiempo para su cita. Nosotros apreciamos una noticia de 24 horas antes si es que planea cancelar su cita, para que nosotros podremos planear de acuerdo con los cambios. La regla de Tahoe Youth & Family Services es de descargar a un cliente después de 2 cancelaciones sin ninguna noticia anterior.
- Por favor solo traiga a los niños que serán atendidos en la cita. Descubrirá que nuestro lobby es un poco ocupado y no es un buen lugar para que niños estén por una hora.

Nosotros verdaderamente esperamos que Uds. encuentre su experiencia con Tahoe Youth & Family Services muy agradable, positive y útil. Si tendría alguna pregunta o preocupación, por favor no deje de preguntarnos. Información en el págate de admisiones es confidencial, aunque no haga daños a uno mismo o otras personas.

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

Ubicaciones de Tahoe Youth & Family Services

*Oficina de Gardnerville
1512 Hwy 395, Suite 3
Gardnerville, NV 89410
Tel (775) 782-4202
Fax (775) 782-5055*

*Oficina de South Lake Tahoe & Drop In Center
1021 Fremont Ave.
South Lake Tahoe, CA 96150
Tel (530) 541-2445
Fax (530) 541-0517*

***Línea de Crisis (800) 870-8937
www.tahoeyouth.org***



Fecha de hoy: _____

Cliente # Uso de oficina: _____

IMPRIME POR FAVOR

Legal nombre del cliente: _____ Apodo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: M F SSN: _____

Lugar de nacimiento: _____ Nombre completo de madre _____
Ciudad Estado

Casa #: _____ Trabajo #: _____ Cell #: _____

¿Puedenos dejar mensaje? S N ¿Gustaría recibir nuestra revista por email? S N

Correo Electrónico: _____

Dirección Fiscal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Cuánto tiempo tiene viviendo en esta residencia?: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Pareja

Discapitado(a): _____ Etnicidad/Raza: _____

Ocupación: _____

Educación: _____ Grado más alto terminado: _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

Usted tiene seguridad: S N Numero de seguro del asegurado principal #: _____

Referido Por: _____
Nombre de compañía de seguridad

FAMILIA HISTORIA

Por favor escribe información de su familia inmediata, incluidos a los niños.
 Si necesita espacio adicional, por favor use la última página.

Primer Nombre	Apellido	Edad	Fecha Nacimiento	Relación	Lista de cualquier abuso o otras adicciones.

Sección 1

¿Alguna vez has tenido terapia o hospitalizado por adicción a las drogas, alcohol o razones de salud mental? (Circule Uno.) Si No Si es Si, por favor lista las siguientes:		
FECHA	DIRECCION DE LUGAR	POR CUANTO TIEMPO

¿Usted nunca ha experimentado algunas de las siguientes? (Por favor marque todos que aplican a usted)

Ahora	Pasado	
		Sentimientos de tristeza o depresión
		Sentimientos de desesperanza o culpabilidad
		Pensamientos de suicidio
		Falta de interés por nada
		Aislamiento o dificultad para conseguir y mantener amigos
		Intento de suicidio
		Enojarse fácilmente
		Enojarse o Miedo a ciertas personas
		Energía baja o dormir demás
		Distanciamiento de los familiares y amigos cercanos
		Escuchar voces cuando no están bajo la influencia de drogas o alcohol
		Alucinaciones cuando no están bajo la influencia de drogas o alcohol
		Accidente de golpe de cabeza (Fecha: ____/____/____)
		Abuso Sexual
		Abuso Físico
		Abuso Emocional
		Visto o experimentado evento traumático (Accidente de coche, terremoto, etc.)
		Tener acceso a armas de fuego

Sección 2

Todos los medicamentos que está tomando ahora, si necesita espacio adicional, por favor use la última página	
Nombre y dosis de medicamento	Condición de salud que requiere este medicamento

Sección 3

ASPECTOS LEGALES	CUANDO Y DONDE	RESULTADOS

Sección 4

- ¿Alguien ha sentido preocupado por tu forma de beber o usar? Sí No
- ¿Usted se siente preocupado por su uso o consumo de beber? Sí No
- ¿La mayoría de sus amigos o amigas usan o beben? Sí No
- ¿Alguna vez ha sobredosis de drogas o alcohol? (Intoxicación de alcohol) Sí No
- ¿Ha estado alguna vez en una sala de emergencia/ hospital por razones de alcohol o drogas relacionadas?
 Sí No

¿Alcohol o el uso de drogas causado problemas para usted en la escuela, en casa, en relaciones, o en tu trabajo? Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

- ¿Alguna vez ha usado drogas para adormecer los sentimientos incómodos, el aburrimiento, tristeza, ansiedad, o para dormir? Sí No
- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de paciente externo por uso de drogas o alcohol? Sí No
- ¿Si la repuesta es si, cuando y donde? Esto incluye TYFS paciente externo, TREC o SAP Programa cárcel de los jóvenes

- ¿Cualquier miembro de la familia ha recibido tratamiento por el uso de drogas o alcohol? Sí No
- ¿Si la repuesta es si, cuando y donde? _____
- ¿Estas embarazada actualmente? Sí No

Sección 5

Historia de uso de sustancias					
Tipo de Sustancia	Cuántas Veces	Cuánto tiempo ha utilizado esta sustancia	Edad de primera utilización	Última vez de utilización	Ruta de Administración -Oral -Fumar -Inhalación -Inyección -Ninguno o no aplicable -Otro
Alcohol					
Marihuana					
Alucinógenos .e. (LSD, hongos Etc.)					
Cocaína					
Crack de cocaína i.e. “piedra”					
Metanfetamina i.e. (Crank, Speed, ice)					
Éxtasis i.e. “Tacha”					
Pastillas con receta médica i.e. Oxycotin, Vicodin, Valium					
Inhalantes					
Heroína, “chiva” Metadona					
Medicina demostrador					
“Spice”					
Otras					

Sección 6

Las siguientes preguntas nos permitirán aprender más acerca de sus preocupaciones actuales. Al dar estas preguntas toda su atención, que nos ayude mejor a ayudarlo.

- 1. Por favor, una lista de algunos de los problemas / problemas que ha encontrado en este momento.**

2. ¿Cuáles son algunos de los comportamientos que le preocupan más?

3. ¿De qué manera ha tratado de resolver estos problemas por su cuenta?

4. ¿Los ocurrido en el pasado usted siente que han causado los problemas de hoy?

5. Extra Notas:

Sección 7

Indique tres metas que le gustaría llevar a cabo por ti mismo / familia.

1. _____

2. _____

3. _____

Sinceramente ¿qué cree que podemos hacer para ayudarle a lograr estas metas?

Por favor use el espacio de abajo para cualquier idea adicional o inquietud que tenga o para cualquier pregunta anterior que requiere más espacio.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____



DETERMINACION FINANCIERA

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

Le solicitamos que proporcione información básica importante para evaluar su situación y financiero adecuada para sus servicios. Si no podemos ayudarlo, ofreceremos otras referencias apropiadas en la comunidad.

Las sesiones individuales / familiares son de 45-50 minutos.

Las sesiones de grupo son de 80 minutos en California y 50 minutos en Nevada.

Las sesiones del programa intensivas grupo son 180 minutos en Nevada.

No se proporcionarán los servicios, ni se proporcionará la verificación de los servicios hasta que toda la información financiera solicitada sea recibida, firmada y procesada. TYFS requiere el pago antes del inicio de una sesión. Los pagos se pueden hacer directamente antes de comenzar.

Si No **CLIENTE TIENE SEGURO DE SALUD (MEDICAID, MEDÍ-CAL, SEGURO PRIVADO: _____)**

Proporcione una copia de la tarjeta de seguro de salud y el número de seguro social del asegurado principal.

¿Copago Requerido? Si No Cantidad de Copago: Individual \$ _____ Grupo \$ _____

¿Segundo Seguro de Salud? Si No Seguro Segundo Porcentaje: _____%

Si No **EL CLIENTE CALIFICA POR OTRO FINANCIAMIENTO? (TRYS, OC, _____)**

¿Se requiere referencia? Si No ¿Autorización necesaria? Si No

Si No **EL CLIENTE DESEA PAGAR EN EFECTIVO POR LOS SERVICIOS (efectivo o tarjeta solamente, debe ser el cambio exacto) NO INCLUYE el programa intensivo**

\$125.00 por la primera cita; \$95 por sesión individuales; O 10 sesiones de grupos por \$250.00

Si No **EL CLIENTE ESTÁ SOLICITANDO UN REPORTE SEA ENVIADO A LA CORTE LOS RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL debido a una ofensa de DUI, debe tener una orden judicial; el cargo es de \$100 y ser pagado antes de programar la cita para la evaluación.**

Si No **EL CLIENTE ESTÁ SOLICITANDO UN REPORTE SEA ENVIADO A LA CORTE LOS RESULTADOS DE UNA EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL debido a una orden judicial o cualquier otra razón; el cargo es de \$315.00 por 3-sesiones. Pago de \$157.50 (mitad del pago complete) también se acepta antes de programar la cita.**

Si No **PROGRAMA INTENSIVO PARA PACIENTES (requiere 4 sesiones individuales y 12 sesiones de grupo per-mes)**

\$1,490.00 por mes; o \$395.00 primera semana; \$365.00 segunda, tercera y cuarta semana.

\$125.00 por la primera cita; \$90.00 por cada grupo; \$95.00 por individual.

Descuento- si se paga por adelantado, 25% de descuento = \$1,117.50 y se debe pagar antes de programar la cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Informacion del Seguro

Nombre: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Direction: _____ Raza/Etnicidad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ 1er Idioma: Ingles Español Otro _____
Fecha de nacimiento _____ Cliente es menor (18 y menos) M F 2do Idioma: Ingles Español Otro _____
Seguro Social# _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del cel.: _____ Podemos dejar un mensaje? Casa Cel.
Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____
Agencia de referencia _____ Teléfono de la agencia de referencia: _____

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a)
Direction: _____ Raza/Etnicidad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ 1er Idioma: Ingles Español Otro _____
Fecha de nacimiento _____ Cliente es menor (18 y menos) M F 2do Idioma: Ingles Español Otro _____
Seguro Social# _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del cel.: _____ Podemos dejar un mensaje? Casa Cel.
Empleador: _____ Telefono de trabajo: _____

INFORMATION DEL SEGURO

Compania de seguro primaria: _____ Telefono de seguro: _____
Nombre de la persona con el seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F
Seguro Social# _____ Empleador: _____ Relacion del cliente: Yo Hijo o Hija Hijasto Esposo(a) Otro _____
Direction De Seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
ID de politica# _____ Grupo # _____ Nombre de Grupo _____
Tipo de cobertura: Grupo Individual Es un plan de jubilacion? Si No
Compania de seguro secundaria: _____ Telefono de seguro: _____
Nombre de la persona con el seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F
Seguro Social# _____ Empleador: _____ Relacion del cliente: Yo Hijo o Hija Hijasto Esposo(a) Otro _____
Direction De Seguro: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
ID de politica# _____ Grupo # _____ Nombre de Grupo _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Entiendo que soy financiero responsable de todos los cargos, ya sean o no pagados por el seguro, y de todos los servicios prestados para mí o para mis dependientes. Autorizo a TYFS, al terapeuta y / o a cualquier proveedor o proveedor de servicios en esta oficina a divulgar la información requerida para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo que este documento se utilice para crear una excelente. He leído y acepto lo anterior.

X _____ Date: _____
Firma del paciente (Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el padre/guardian es responsable debe firmar arriba y completar la information a continuacion).
Nombre del Padre/Guardian _____ Relacion del cliente: _____



POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE NO CUMPLIMIENTO Y / O DESPUÉS DE LA CITA

Llame a la oficina por lo menos 24 horas antes de su cita programada para hacer un cambio. Independientemente de la determinación de su tarifa, se aplicarán las siguientes tarifas:

1. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si yo no proporcionan un mínimo de 24 horas de aviso cuando necesito cancelar o cambiar una cita. _____ **(Por favor inicial)**
2. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si llegan 15 minutos o más tarde a la cita.
_____ **(Por favor inicial)**
3. La cantidad llena de \$125.00 (solo efectivo) serán cargados a usted si no asisto una cita y no ha contacto la oficina. _____ **(Por favor inicial)**
4. La cantidad llena de \$25.00 efectivo serán cargado a usted si no asisto una cita de grupo y no ha contacto la oficina. _____ **(Por favor inicial)**
5. Si yo pierdo 2 citas sin razones apropiadas y no llamo a la oficina, servicios serán terminados.
_____ **(Por favor inicial)**

Si usted llama en un fin de semana por favor deje mensaje en el correo de voz en la extensión 100.

Al firmar a continuación, acepto la determinación de tarifas, la política y las tarifas indicadas anteriormente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

TYFS Personal que asiste al cliente: _____ **Fecha:** _____