

NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH CENTER

<b>MR# (Sólo para uso de la oficina):</b>	Fecha:	# Seguro Social: _____ - _____ - _____
Apellido:	Nombre:	Inicial segundo nombre:
Dirección 1 (Postal):		
Dirección 2 (Física):		
Ciudad:	Estado:	CP: Condado:
Género: ___ Masculino ___ Femenino	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>
Tel. particular: (     ) (     ) (     )	Tel. laboral: (     ) (     ) (     )	Otro tel.: (     ) (     ) (     )
<b>¿Quién lo refirió a Northside?</b>		
<b>Condición laboral (encierra una opción con un círculo)</b>		
<u>Si trabaja:</u> Tiempo completo    Militar activo    Medio tiempo    No remunerado (empresa familiar)		
<u>Si no trabaja:</u> Ama de casa    Estudiante    Discapacitado/No puede trabajar    Recluso delincuyente    Recluso-Otro No autorizado para trabajar    Retirado    En uso de licencia    Desempleado (en mano de obra)		
<b>Estado civil (marque una):</b> Soltero    Casado    Divorciado    Separado    Viudo    Concubinato    Hijo    Pareja reg		
<b>Idioma primario:</b>	<b>Idioma(s) hablado(s):</b>	
Raza (marque una):    Blanco    Negro    Nativo de EE.UU.    Nativo de Alaska    Asiático    Nativo de Hawái/Islands del Pacífico Multirracial    Otro		
<b>Etnia (marque una):</b> Portorriqueño    Mexicano    Cubano    Mexicano-Estadounidense    Haitiano Otro Latino    No-Hispano    Otro Hispano    Ninguna de las anteriores		
<b>Religión:</b>		
<b>Nivel de educación:</b>		
Ningún año de escolaridad	Técnico superior	Doctorado
Jardín de infantes	Licenciatura	Escuela Especial
Guardería/Preescolar/Head Start	Maestría	Escuela vocacional
Grado: _____	Título de posgrado	Estudiante universitario año 1 2 3 4
Graduado secundario (Diploma/GED)		
<b>Situación de vida (marque una)</b>		
Residencia de vivienda asistida (ALF) Dependiente – con no-familiar	Hospital Independiente – solo	Residencia de vivienda asistida de salud mental (ALF) Hogar de ancianos
Dependiente – con familiar	Independiente – con no-familiar	Otro: _____
Cuidado temporal/Hogar	Independiente – con familiar	Hogar grupal (Residencial, Rehab, etc.)
Sin techo	Cárcel o correccional	Vivienda subvencionada
Situación de vivienda actual (marque una): Estable    Sin techo    Refugio    Calles		
<b>Condición de veterano</b>		
<b>Servicio militar</b> Sí    No	<b>Discapacidad relacionada con el ejército</b> Sí    No	
<b>Si respondió “NO” a la pregunta de servicio – Por favor, DETÉNGASE y diríjase a “CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD” en la página siguiente</b>		
Condición militar:	Activo    Reserva    Guardia nacional	Inactivo    Veterano    Retirado
Última rama de servicio:	Fuerza aérea    Ejército    Guardia costera	Marino    Armada    Salud pública
Tipo de baja:	Honorable    General    Médica	Deshonrosa
<b>NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH                  INFORME DE ADMISIÓN</b> NS BH 0003    PÁGINA 1 de 2    Rev. 09/16		Apellido: _____ Primer nombre: _____ MR#: _____

**NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH CENTER**

Año de baja:			
<b>Información del seguro/garante</b>			
<b>Marque un tipo de seguro:</b> Sin seguro    Medicaid    Seguro privado    Medicare    Otro: _____			
Nombre de seguro privado:		Póliza #:	
Dirección:			
Teléfono #:			
Nombre de la persona financieramente responsable:			Relación:
Dirección de la persona financieramente responsable:			
# de teléfono de la persona financieramente responsable:			
NSS #: _____ - _____ - _____		Género: Masc    Fem	F. Nac.: ____ / ____ / ____
Condición de empleo:			
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:			
<b>Contacto para emergencias:</b>			
Nombre:		Relación:	¿Vive con usted?    Sí    No
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	CP:	Condado:
Teléfono particular: (    )	Teléfono laboral: (    )	Otro teléfono: (    )	
<b>Ingreso Individual: \$</b>	<b>Marque una:</b> Semanal    Quincenal    Mensual    Anual		
<b>Ingreso Familiar Total: \$</b>	<b>Marque una:</b> Semanal    Quincenal    Mensual    Anual		
<b>Fuente adicional de ingresos (marque):</b> SSI    SSDI    AFDC    Estampillas de alimentos    Efvo. (SSI)			
Pensión alimentaria    Otra: _____			
Cantidad de niños en la familia:		Cantidad de adultos en la familia:	
<b>Condición de discapacidad - por favor marque Sí o No:</b>			
Discapacidad auditiva	Sí	No	
Discapacidad física	Sí	No	
Discapacidad visual	Sí	No	
Discapacidad del habla	Sí	No	
Discapacidad del aprendizaje	Sí	No	
Inglés limitado	Sí	No	
<b>Familiar</b>			
Nombre:		Relación:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	CP:	Teléfono: (    )
¿El individuo que busca servicios tiene un Tutor Legal:    Sí    No			
<b>Si responde SÍ, Nombre del Tutor Legal:</b>			
Mi firma certifica que la información anterior es exacta y verdadera.			
_____		_____	
<b>Firma del individuo que completa el formulario</b>		<b>Fecha</b>	

<p><b>NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH</b>  <b>INFORME DE ADMISIÓN</b>                  NS BH 0003      PÁGINA 2 de 2      Rev.                  09/16</p>	<p>Apellido: _____</p> <p>Primer nombre: _____</p> <p>MR#: _____</p>
---	--