

NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH CENTER

MR# (Sólo para uso de la oficina):		Fecha:	# Seguro Social: _____ - _____ - _____				
Apellido:		Nombre:		Inicial segundo nombre:			
Dirección 1 (Postal):							
Dirección 2 (Física):							
Ciudad:		Estado:		CP:	Condado:		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Fecha de nacimiento:		Edad:		
Tel. particular: ()		Tel. laboral: ()		Otro tel.: ()			
¿Quién lo refirió a Northside?							
Condición laboral (encierre una opción con un círculo)							
Si trabaja: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No remunerado (empresa familiar)							
Si no trabaja: <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado/No puede trabajar <input type="checkbox"/> Recluso delincuente <input type="checkbox"/> Recluso-Otro <input type="checkbox"/> No autorizado para trabajar <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> En uso de licencia <input type="checkbox"/> Desempleado (en mano de obra)							
Estado civil (marque una): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Pareja reg							
Idioma primario:			Idioma(s) hablado(s):				
Raza (marque una): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de EE.UU. <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro							
Etnia (marque una): <input type="checkbox"/> Portorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano-Estadounidense <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Otro Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores							
Religión:							
Nivel de educación:							
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)							
Situación de vida (marque una)							
Residencia de vivienda asistida (ALF)		Hospital		Residencia de vivienda asistida de salud mental (ALF)			
Dependiente – con no-familiar		Independiente – solo		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): <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Sin techo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Calles							
Condición de veterano							
Servicio militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Discapacidad relacionada con el ejército <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si respondió “NO” a la pregunta de servicio – Por favor, DETÉNGASE y diríjase a “CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD” en la página siguiente							
Condición militar:		<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Reserva	<input type="checkbox"/> Guardia nacional	<input type="checkbox"/> Inactivo	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Retirado
Última rama de servicio:		<input type="checkbox"/> Fuerza aérea	<input type="checkbox"/> Ejército	<input type="checkbox"/> Guardia costera	<input type="checkbox"/> Marino	<input type="checkbox"/> Armada	<input type="checkbox"/> Salud pública
Tipo de baja:		<input type="checkbox"/> Honorable	<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Deshonrosa		

<p>NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH ADMISSION REPORT NS BH 0003S Page 1 of 2 Rev. 09/16</p>	<p>Last Name: _____</p> <p>First Name: _____</p> <p>MR#: _____</p>
---	--

NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH CENTER

Año de baja:			
Información del seguro/garante			
Marque un tipo de seguro: 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:			
Contacto para emergencias:			
Nombre:		Relación:	¿Vive con usted? Sí No
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	CP:	Condado:
Teléfono particular: ()		Teléfono laboral: ()	
		Otro teléfono: ()	
Ingreso Individual: \$		Marque una: Semanal Quincenal Mensual Anual	
Ingreso Familiar Total: \$		Marque una: Semanal Quincenal Mensual Anual	
Fuente adicional de ingresos (marque): SSI SSDI AFDC Estampillas de alimentos Efvo. (SSI)			
Pensión alimentaria Otra:			
Cantidad de niños en la familia:		Cantidad de adultos en la familia:	
Condición de discapacidad - por favor marque Sí o No:			
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	
Familiar			
Nombre:		Relación:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	CP:	Teléfono: ()
¿El individuo que busca servicios tiene un Tutor Legal: Sí No			
Si responde SÍ, Nombre del Tutor Legal:			
Mi firma certifica que la información anterior es exacta y verdadera.			
Firma del individuo que completa el formulario		Fecha	

<p>NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH ADMISSION REPORT NS BH 0003S Page 2 of 2 Rev. 09/16</p>	<p>Last Name: _____ First Name: _____ MR#: _____</p>
--	--



SOLICITUD DE FINANCIACIÓN DE NORTHSIDE

Nombre del CLIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Embarazada Sí No Discapacitado Sí No Estado civil C S D V Ciudadano de EE.UU. o residente legal Sí No

Dirección: _____ Dirección postal: _____ Dirección de email: _____
Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Las familias se definen como cónyuges, padres de menores/tutores legales, menores y/o hermanos menores de 21 que viven juntos

Table with 5 columns: Miembros de la familia, Fecha de nacimiento, Ciudadano de EE.UU. Residente Legal S/N, Relación con el cliente, Situación fiscal

INGRESO FAMILIAR Liste todos los ingresos de los miembros de la familia indicados anteriormente

Table with 4 columns: Nombre del miembro de la familia con ingresos en los 6 meses pasados, Fuente de ingresos, Ingreso Bruto Mensual, Ingreso Bruto Anual. Includes a 'Ha solicitado:' section for Medicaid, etc.

Si declara "sin ingresos", por favor, indique quién lo mantiene: _____

¿Tiene seguro médico que cubra parte o la totalidad del costo de su visita? Sí _____ No
Seguro/Póliza #

Northside Behavioral Health se reserva el derecho a cambiar cualquier decisión tomada en base a este formulario, incluyendo la revocación de una anulación, si la información presentada es inexacta/falsa. Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que de acuerdo con los Estatutos de Florida 817.50 dar información falsa para estafar a un proveedor de atención de la salud con el fin de obtener bienes o servicios es un delito de segundo grado. Otorgo a Northside Behavioral Health autorización para verificar la información dada a través de un informe crediticio del consumidor de ser necesario.

Firma Cliente/Garante _____ Fecha _____ Firma de testigo _____ (no se requiere notario) Fecha _____

Northside Behavioral Health Orientation to Services

Name: _____

Case # _____

Date of Admit: _____

General Orientation:

Northside Orientation Guide Provided

Northside Orientation Guide Previously Provided

My Rights and my responsibilities

Ways I can provide input

Confidentiality and Notice of Privacy Practices

Grievance and appeal process

Health and safety practices

Response to potential risk

Financial obligations

Important phone numbers including Abuse Registry number

Corporate responsibility

Standards of professional conduct

Consent to treatment

Infection control practices

Advanced Directives

Psychiatric Advanced Directives

Voter Registration

I received information on the above items and understand I can ask questions at any time.

Client

Date / Time

Legal Guardian Signature (if applicable)

Date / Time

NAME:

NUMBER:

EVALUACIÓN DE AUTO INFORME INFORMACIÓN

Para los padres por favor llene este formulario respondiendo a cada pregunta a su hijo.

Nombre:	Apellido:
---------	-----------

Objetivos:
 Por favor háganos saber en detalle en que necesita ayuda (o si tiene problemas):

Por favor marque todas las que apliquen:

<input type="checkbox"/> Peligro a sí mismo	<input type="checkbox"/> Peligro para los demás	<input type="checkbox"/> Conflictivo	<input type="checkbox"/> Violento
<input type="checkbox"/> Cortarse a si mismo	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Delirios
<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Mania
<input type="checkbox"/> Estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Aislamiento	<input type="checkbox"/> Obsesiones	<input type="checkbox"/> Impulsiva
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Antecedentes familiares de Salud Mental y abuso de sustancias Ninguno / niega

Quién	Salud mental / abuso de sustancias	Impacto negativo para usted
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Su historial de servicios de Salud Mental Ninguno / niega

Tipo de servicio (Unidad de Crisis, ambulatorio, residencial)	Diagnóstico o problema	Fechas de servicio	Resultado del servicio
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre
			<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre

Su historia de uso de sustancias Ninguno / niega

Tipo de sustancia	Cuando la edad Utilizó por primera vez	Cuando la edad Último utilizado	¿Gustaría abordar en el tratamiento?
<input type="checkbox"/> Alcohol (cerveza, vino y licor)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tabaco (cigarrillos)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Marihuana			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sintéticos (especias, sales de baño)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Inhalantes (soplar)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Alucinógenos (ácido, setas)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estimulantes (cafeína, speed, meth)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sedantes (xanax, valium, etcetera.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Opiáceos (heroína, suboxone, metadona, roxy)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cocaína/Crack			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tranquilizantes			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otros:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Su historial de servicios de uso de sustancias Ninguno / niega

Tipo de servicio (desintoxicación, ambulatorios, residenciales)	Cuánto tiempo de tratamiento	Respuesta al tratamiento
		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre
		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre
		<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre

<p>ASSESSMENT SELF REPORT INFORMATION NS BH 0012S Page 1 of 2 Rev. 9/16</p>	<p>P A T I E N T Name: _____ ID#: _____</p>
---	--

Por favor marque todas las que correspondan en cada categoría:

<p>Necesidades de tratamiento:</p> <input type="checkbox"/> Enseñanza de medicina <input type="checkbox"/> Establecimiento de metas <input type="checkbox"/> Signos y síntomas de estrés y la ansiedad <input type="checkbox"/> Signos y síntomas de la depresión <input type="checkbox"/> Uso de sustancias (alcohol y/o drogas) <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Cambios de estilo de vida <input type="checkbox"/> Habilidades para la vida diaria <input type="checkbox"/> Bienestar <input type="checkbox"/> Atención de enfermedades físicas /condiciones <input type="checkbox"/> Dinámica del abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Prevención de recaídas <input type="checkbox"/> Tratamiento del trauma <input type="checkbox"/> Habilidades de afrontamiento de problemas <input type="checkbox"/> Tratamiento de la violencia doméstica <input type="checkbox"/> Consejería de duelo <input type="checkbox"/> El plan de seguridad <input type="checkbox"/> Construcción de relaciones <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Necesidades de la comunidad:</p> <input type="checkbox"/> Referido a médico <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Asistencia legal <input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos <input type="checkbox"/> Directivas avanzadas <input type="checkbox"/> Recursos de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Recursos para veteranos <input type="checkbox"/> Otros: _____
--	---

<p>Puntos fuertes:</p> <input type="checkbox"/> Me adhiero a mi plan de medicamentos <input type="checkbox"/> Administrar mis necesidades de atención médica <input type="checkbox"/> Vivir de manera independiente <input type="checkbox"/> Tengo un sistema de apoyo positivo <input type="checkbox"/> Soy comunicativo <input type="checkbox"/> Soy financieramente estable <input type="checkbox"/> Tengo un buen sentido del humor <input type="checkbox"/> Estoy motivado <input type="checkbox"/> Soy espiritual <input type="checkbox"/> Hago ejercicio regularmente <input type="checkbox"/> Hago buenas calificaciones <input type="checkbox"/> Soy respetuosa <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Habilidades/intereses:</p> <input type="checkbox"/> Yo soy creativo <input type="checkbox"/> Soy atlético <input type="checkbox"/> Tengo un buen sentido del humor <input type="checkbox"/> Abogo por mí mismo <input type="checkbox"/> Tengo buenas habilidades sociales <input type="checkbox"/> Ser voluntario en mi comunidad <input type="checkbox"/> Tengo aptitudes de buena crianza <input type="checkbox"/> Soy capaz de gestionar bien el tiempo <input type="checkbox"/> Empatizar <input type="checkbox"/> Tengo un hobby <input type="checkbox"/> Administrar dinero bien <input type="checkbox"/> Yo estoy organizado <input type="checkbox"/> Participar en deportes y clubes <input type="checkbox"/> Me gusta leer <input type="checkbox"/> Me gusta la escritura/dibujo <input type="checkbox"/> Otros: _____	<p>Preferencias:</p> <input type="checkbox"/> Consejero masculino <input type="checkbox"/> Consejero femenino <input type="checkbox"/> Consejero no en recuperación <input type="checkbox"/> Consejero en recuperación <input type="checkbox"/> Para vivir independientemente <input type="checkbox"/> Citas de AM <input type="checkbox"/> Citas de PM <input type="checkbox"/> No tratamiento uso de sustancias <input type="checkbox"/> No tratamiento salud mental <input type="checkbox"/> No de abordar los problemas físicos <input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos <input type="checkbox"/> Terapia individual, no grupal <input type="checkbox"/> Terapia de grupo <input type="checkbox"/> Recursos de la comunidad <input type="checkbox"/> Consideraciones religiosas/espirituales <input type="checkbox"/> Dispositivos para escuchar/ver <input type="checkbox"/> Familia involucrado de en el tratamiento. ¿Si es así, quien? _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____
---	--	---

<p>¿Tienes cualquier directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <input type="checkbox"/> Testamento en vida <input type="checkbox"/> Poder notarial duradero <input type="checkbox"/> No resucitar <input type="checkbox"/> Proxy <input type="checkbox"/> Médico sustituto <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <p>Si contestó No, ¿desea información sobre las instrucciones anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Hay alguien quien quisiera que contactemos en caso de que necesita un mayor nivel de atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si es así, que? _____</p> <p>Si usted necesita un mayor nivel de atención como una unidad de estabilización de crisis o un hospital, ¿tiene una preferencia de donde gustaría ir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si sí, dónde? _____</p> <p>¿Desea información sobre directivas psiquiátricas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

<p>ASSESSMENT SELF REPORT INFORMATION NS BH 0012S Page 2 of 2 Rev. 9/16</p>	<p>P A T I E N T</p> <p>Name: _____</p> <p>ID#: _____</p>
---	--

MEDICAL HISTORY SELF REPORT

First Name: _____ Last Name: _____ Age: _____

Height: _____ Weight: _____ Pregnant: Yes No If "Yes", Are you receiving prenatal care? Yes No

Primary care physician: _____ Phone # _____ Address: _____

Psychiatrist: _____ Phone # _____ Address: _____

Pharmacy Name: _____ Phone # _____ Address: _____

Currently Prescribed Medications:

Medication	Was it Helpful?	Medication	Was it Helpful?	Medication	Was it Helpful?
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Past Prescribed Medications (no longer prescribed):

Medication	Is it Helpful?	Medication	Is it Helpful?	Medication	Is it Helpful?
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Over the Counter Medications:

Medication	Is it Helpful?	Medication	Is it Helpful?	Medication	Is it Helpful?
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Allergies or Adverse Reactions to any Meds, Food, or Environment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	List: _____
--	--	-------------

Please check if you (S=Self) or a member of your family (F=Family Member) have had any of the following?

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| S F
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emphysema
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney Problems
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bladder Problems | S F
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thyroid Disease
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver Disease | S F
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Disease
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hearing/Eye Issues
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis | S F
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other: _____ | S
<input type="checkbox"/> Venereal Disease
<input type="checkbox"/> Head Injury
<input type="checkbox"/> Psychological Testing
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
|---|---|---|--|---|

Please check any symptoms you have had in the last three (3) months?

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Shortness of Breath
<input type="checkbox"/> Dizziness
<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Loss of Consciousness | <input type="checkbox"/> Fainting
<input type="checkbox"/> Coughing
<input type="checkbox"/> Swelling
<input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Chest Pain
<input type="checkbox"/> Bladder Problems
<input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Intestinal Problems
<input type="checkbox"/> Allergies
<input type="checkbox"/> Light Headedness | <input type="checkbox"/> Bronchitis
<input type="checkbox"/> Headaches
<input type="checkbox"/> Problems with Motor Skills |
|---|--|---|---|--|

Please check any conditions you have had in the past or recently:

- | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="width: 50%;">Past</th> <th style="width: 50%;">Recently</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Insomnia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Crying spells</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Repetitive irrational behavior</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Trouble concentrating</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Extreme nervousness</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Frequent & serious loss of temper</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Seeing or hearing things that are not real</td> </tr> </table> | Past | Recently | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Crying spells | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Repetitive irrational behavior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trouble concentrating | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Extreme nervousness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Frequent & serious loss of temper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Seeing or hearing things that are not real | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="width: 50%;">Past</th> <th style="width: 50%;">Recently</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Low energy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Irritability</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Obsessions</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Indecisiveness</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sexual problems</td> </tr> </table> | Past | Recently | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Low energy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Irritability | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Obsessions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Indecisiveness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sexual problems |
|--|---|----------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|---|------|----------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|
| Past | Recently | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Insomnia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Crying spells | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Repetitive irrational behavior | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trouble concentrating | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Extreme nervousness | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Frequent & serious loss of temper | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Seeing or hearing things that are not real | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Past | Recently | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Low energy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Irritability | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Obsessions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Indecisiveness | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sexual problems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Nutritional/Eating:**
- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Appetite changes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Weight loss or gain |

<p>MEDICAL HISTORY SELF REPORT NS BH 0014 Page 1 of 2 Rev. 9/16</p>	P A T I E N T	<p>Name: _____</p> <p>Number: _____</p>
---	---------------------------------	---

Date of last appointment with Primary Care Physician: _____ Physician aware of above items checked for yourself? Yes No

Are you currently or do you frequently experience any physical pain that would prevent you from participating in treatment? Yes No If yes, please explain _____

Have you had any operations, medical hospitalizations, or injuries requiring medical care that may impact your treatment here? Yes No If yes, please explain: _____

Are you currently receiving treatment for any medical problems that may impact your treatment here? Yes No If yes, please explain: _____

List any other doctors you are currently seeing and why: _____

Date of last Dental Exam: _____ Date of last tuberculosis (TB) skin test if known: _____ Results: Positive Negative

THIS SECTION APPLIES TO CHILDREN AND ADOLESCENTS ONLY

Immunizations current: Yes No If "No", please explain: _____

Are hearing, speech, or vision contributing factors to your child's issue? Yes No If "Yes", explain: _____

Age at walking? _____ Age at talking single words? _____ Age at talking sentences? _____

Check if there was prenatal exposure to any listed: Alcohol Tobacco Other Drugs None

Check all those that apply during infancy or early childhood.

- Colicky Active Uncoordinated Did not enjoy being held Sleeping Problems Restless
 Feeding problems Head Banging Accident Prone Other _____

Developmental:

Please indicate if your child had difficulties in any of the following areas during their development:	Unsure	Yes	No	If yes, explain
Sitting up, walking, crawling etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilet training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Making and Keeping Friends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chores/Work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Please circle how well your child does each of the following:

Bathing/grooming:	Never	Often Forgets	Good	Very Good
Taking medicine:	Never	Often Forgets	Good	Very Good
Cleans own room:	Never	Often Forgets	Good	Very Good
Brushing teeth:	Never	Often Forgets	Good	Very Good
Other chores:	Never	Often Forgets	Good	Very Good

Patient/Guardian Signature

Date

MEDICAL HISTORY SELF REPORT NS BH 0014 Page 2 of 2 Rev. 9/16	P A T I E N T Name: Number:
--	--

NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
Acuerdo y Consentimiento del Cliente

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial Segundo Nombre:
MR#	RU#:	Fecha:

Como condición de mi admisión a Northside Behavioral Health, por el presente acepto lo siguiente:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Por el presente autorizo al médico/clínico a cargo de mi atención y Northside Behavioral Health a supervisar mi plan de tratamiento y controlar mi medicación para salud conductual de acuerdo con lo requerido por mis síntomas de la salud conductual. Entiendo que, bajo supervisión directa de mi médico tratante, un Enfermero Especializado podrá intervenir en mi atención y tratamiento.
Acepto voluntariamente el tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE LA SALUD CONDUCTUAL: Por medio del presente autorizo a Northside Behavioral Health y/o a cualquier médico/clínico tratante a obtener, usar y/o revelar información (actual e histórica) por motivo de tratamiento, pago y/u operaciones de acuerdo con lo descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Se incluyen agencias de cobro y burós de crédito y se limitará a la cantidad mínima necesaria (incluyendo información psiquiátrica, de abuso de drogas, alcohol o condición respecto del VIH). Por el presente autorizo a Northside Behavioral Health y/o al médico/clínico tratante a revelar información de mis registros médicos a otros centros/proveedores de atención de la salud a los que podrían trasladarme para servicios de emergencias.

MEDICARE / MEDIGAP / MEDICAID / CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE /REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO: Certifico que la información dada para solicitar pago bajo el título XVIII y/o XVIII y/o Título XIX, de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a quien posea información de la salud conductual acerca de mí a revelar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o prestadores, toda información necesaria para esta reclamación o cualquier reclamación relacionada con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos al médico o la organización que preste los servicios o autorizo a dicho médico u organización a presentar una reclamación a Medicare, Medigap o Medicaid para que se paguen. Entiendo que soy responsable por todos los co-pagos y deducibles del seguro médico. Hay disponible un resumen detallado por pedido.

CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO: Por el presente cedo, otorgo y transfiero a Northside Behavioral Health, ahora y en el futuro, todos mis derechos e intereses en lo siguiente: (a) Todos y cada uno de los beneficios actuales o futuros que se me adeudan o pendientes de cobro por mí o en mi nombre de aseguradoras, organizaciones del mantenimiento de la salud, PPO, planes de beneficios de salud del empleador o cualquier otro tercero pagador, por los costos en los que incurra al recibir servicios de Northside Behavioral Health. y (b) Todo dinero o demás beneficios pagados o pagaderos a mí y/o mis abogados por toda liquidación, fallo o veredicto obtenido como resultado de la lesión o condición médica por la que incurro o incurriré en deuda con Northside Behavioral Health. Acepto que en caso de que el monto recibido por Northside Behavioral Health sea insuficiente para cubrir el gasto completo del servicio, incluyendo co-pagos y deducibles, seré responsable personalmente por el pago de la diferencia. Entiendo también y acepto que si la naturaleza de los servicios prestados por Northside Behavioral Health no está cubierta por dicha póliza de seguro, soy responsable ante Northside Behavioral Health por el pago de la totalidad de la factura.

GARANTÍA DE PAGO: Por el valor recibido, el que suscribe acepta garantizar y se compromete a pagar a Northside Behavioral Health y/o todo médico tratante todos los cargos y gastos incurridos en el tratamiento, incluyendo los gastos no cubiertos por la póliza de seguro vigente actualmente, incluyendo todo co-pago y/o deducible. Si se presenta una acción conforme a derecho o equidad para hacer cumplir este acuerdo, Northside Behavioral Health entiende que todas las facturas son pagaderas y vencen contra su presentación. Entiendo y acepto que si Northside Behavioral Health debe iniciar una acción o presentar una demanda para hacer cumplir este acuerdo, Northside Behavioral Health tendrá derecho a obtener de mí sus honorarios de abogados razonables, costas judiciales y demás costos de cobros, además de la cantidad adeudada a Northside Behavioral Health por sus servicios.

DENEGACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE PAGO: Northside Behavioral Health hará todo lo posible por obtener autorización/pre-autorización de pago por todos los acuerdos contractuales de atención gerenciada. Sin embargo, si se recibe una denegación el Cliente/garante será responsable por todos los cargos y penalidades incurridos, que son pagaderos y vencen ante la presentación.

C
L
I
E
N
T

NORTHSIDE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
Acuerdo y Consentimiento del Cliente

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ARTÍCULOS DE VALOR PERSONALES: Entiendo y acepto que Northside Behavioral Health no es responsable por los objetos de valor personales o pertenencias llevados a, o que se declaren como llevados, al centro, por el Cliente nombrado o su agente. Los objetos de valor personales o pertenencias incluyen, de manera descriptiva pero no limitativa, prendas, productos de higiene personal, artículos de tocador, dentaduras postizas, gafas, prótesis (como audifonos, miembros artificiales o dispositivos de asistencia como: bastones, andadores o sillas de ruedas), tarjetas de crédito, alhajas y dinero. Entiendo que hay disponible una caja fuerte con traba para mantener mis objetos personales de valor lo suficientemente pequeños para entrar en un sobre de seguridad.

DIVULGACIÓN DE LA ADMISIÓN PARA TRATAMIENTO

Northside Behavioral Health no confirmará ni negará su estatus de admisión sin su consentimiento /autorización, excepto cuando lo requiera la Ley de Salud Mental de Florida (Ley Baker), S.394.4597 Y S. 394.4599, E. F.

COMUNICACIÓN AUTOMATIZADA: Yo por este medio expresamente autorizo La Institución y/o al Proveedor (y/o asociados comerciales/agencias de cobro de terceros de la Institución y/o del Proveedor) para que se ponga en contacto conmigo (incluyendo, y sin límite, través del uso de la información de contacto y/o números telefónicos que yo he suministrado a la Institución y/o al Proveedor) por vía del teléfono, mensaje de texto, teléfono celular, correo electrónico y/o cualquier otro medio electrónico de comunicación, utilizando mensajes pregrabados, auto discado telefónico, y/o cualesquiera otras formas de comunicación automatizada/electrónica. Las comunicaciones electrónicas pueden ser interceptadas en la transmisión o desviadas. El uso que usted le dé a la comunicación electrónica con nosotros indica que usted reconoce y acepta los posibles riesgos de tal tipo de comunicación.

RECIBO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y GUÍA DE ORIENTACIÓN: Con mi firma en este documento, acuso recibo de los derechos y responsabilidades del Cliente de acuerdo con los Estatutos de Florida 381.026, Aviso de Privacidad y una copia de la Guía de Orientación, antes de o en el momento de la admisión.

POR EL PRESENTE ACEPTO QUE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO HAN SIDO COMPLETAMENTE LEÍDOS, ENTENDIDOS Y ACEPTADOS VOLUNTARIAMENTE; QUE HE FIRMADO ESTE ACUERDO VOLUNTARIAMENTE Y CON TOTAL ENTENDIMIENTO; QUE HE ACEPTADO SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES; QUE RECIBIRÉ UNA COPIA DE ESTE ACUERDO SI LA SOLICITO; Y ACEPTO QUE UNA COPIA DE ESTE ACUERDO SERÁ TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.

Firma del cliente

Firma de padre/madre/tutor

Fecha

Hora

Firma de representante autorizado del Cliente

Fecha

Hora

Firma de testigo

Fecha

Hora