



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

*Drop In Center de*  
*Gardnerville*  
1307 Langley, Unit 1  
Gardnerville, NV 89460

*Oficina de Alpine County*  
*Centro de Aprender*  
100 Foothill Rd., Bld. D, Room 5  
Woodfords, CA 96120  
Tel (530) 694-9459

***Texto ‘tahoeyouth’ a 839863 • 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

<b>¿Alguna vez has tenido terapia o hospitalizado por adicción a las drogas, alcohol o razones de salud mental?</b> (Circule Uno.) Si No <span style="margin-left: 100px;">Si es Si, por favor lista las siguientes:</span>		
<b>FECHA</b>	<b>DIRECCION DE LUGAR</b>	<b>POR CUANTO TIEMPO</b>

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

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

## Sección 2

<b>Todos los medicamentos que está tomando ahora, si necesita espacio adicional, por favor use la última página</b>	
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

<b>Historia de uso de sustancias</b>					
<b>Tipo de Sustancia</b>	<b>Cuántas Veces</b>	<b>Cuánto tiempo ha utilizado esta sustancia</b>	<b>Edad de primera utilización</b>	<b>Última vez de utilización</b>	<b>Ruta de Administración</b> -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 ayudarle.**

- 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 grupales son de 80 minutos en California y 50 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 con los recepcionistas.

Si  No  **CLIENTE TIENE SEGURO DE SALUD (MEDICAID, MEDI-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? (DRYS, SAPTA, TRYS, \_\_\_\_\_)**

¿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) Cargo de \$95 por sesión individual. Cargo de \$30 por sesión de grupo.**

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, una orden judicial o cualquier otra razón; el cargo es de \$100 y se debe 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 \$125 y se debe antes de programar la cita para la evaluación.

*Firma del Padres o Guardián del Cliente:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_





## **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 del Padres o Guardián del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**TYFS Personal que asiste al cliente:** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Direction: \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ 1er Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Cliente es menor  (18 y menos)  M  F 2do Idioma:  Inglés  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:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Cliente es menor  (18 y menos)  M  F 2do Idioma:  Inglés  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  Espos(a)  Otro \_\_\_\_\_

Direction De Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

ID de politica# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Nombre de Grupo \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura:  Groupo  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  Espos(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 información a continuación).

Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Relación del cliente: \_\_\_\_\_