

Date of Tour: _____ Name of staff: _____ ID # _____

Wellness Center West Solicitud de Afiliación

El propósito del Wellness Center West es proporcionar un entorno seguro y enriquecedor para que cada persona logre su visión de la recuperación al tiempo que promueve la aceptación, la dignidad y la inclusión social.

Los miembros deben tener al menos 18 años, vivir en el Condado de Orange y haber recibido o estar recibiendo actualmente servicios de salud mental.

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con Usted: _____

¿Es usted un Veterano? Sí No Etnicidad: _____

Idioma(s) Hablado(s): _____

¿Cómo se enteró del Wellness Center West? (Por favor, marque con un círculo):

Amigo Miembro Actual Miembro de la Familia Otro Centro de Bienestar

Clínica/Hospital (cuál) _____ Otros: _____

¿Es usted actualmente miembro de otro Centro de Bienestar? (Por favor, marque con un círculo lo que corresponda)

Centro de Bienestar Central Centro de Bienestar Sur Actualmente no es miembro

¿Cuál es su interés en unirse al Wellness Center West? _____

¿Qué es importante para usted en su viaje personal de recuperación? _____

¿Cuál de las siguientes áreas de recuperación le interesa? (Por favor, marque con un círculo todas las que correspondan)

Emocional

Espiritual

Física

Social

Date of Tour: _____ Name of staff: _____ ID # _____

¿Está interesado en alguna de las siguientes opciones? (Marque con un círculo lo que corresponda)

Voluntariado en Wellness Center West	Sí / No
Voluntariado en la comunidad	Sí / No
Encontrar empleo en la comunidad	Sí / No
Facilitar grupos/actividades en el Wellness Center West	Sí / No

¿Qué actividades sociales le interesan? (Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda)

Naturaleza	Caminatas	Excursiones	Danza
Socialización	Drama	Otros _____	

¿Está pensando en seguir estudiando? Sí No En caso afirmativo, ¿qué actividades educativas le interesan?

GED/Diploma	Programa de Certificación	Programa de 2 Años de Duración
Programa de 4 Años de Duración	Superación Personal	Otros _____

¿Qué habilidades vitales le gustaría mejorar en su vida? (Ejemplo: cocinar, hacer un presupuesto, organizarse, habilidades de afrontamiento, tener conocimientos de informática, etc.) _____

¿Qué deportes le interesan? (Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda)

Voleibol	Baloncesto	Bolos	Kickball
Frisbee	Golf en Miniatura	Otros _____	

¿Tienes alguna afición o interés que te gustaría desarrollar en el Wellness Center West?

¿Tiene alguna condición médica de que usted quiere que estemos conscientes? **Si / No**

En caso afirmativo, ¿qué debemos hacer en caso de emergencia? _____

Al firmar este formulario, acepto que tengo al menos 18 años de edad, que vivo en el Condado de Orange y que he recibido o recibo actualmente servicios de salud mental. *La membresía se renovará anualmente en Junio.

Firma: _____ Fecha: _____