



FORMA DE REGISTRACION PARA ADULTOS

Por favor complete toda la información en este formulario. Si necesita ayuda, por favor hable con uno de nuestro equipo de trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia / Apodo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Seguro Social#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_
Ciudad/Estado/Codigo de postal

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Veterano:  Yes  No Preferencia Religiosa: \_\_\_\_\_ Leguaje primario: \_\_\_\_\_

Algunas ves te han conocido por otro nombre o apodo:  No  Si, Nombre: \_\_\_\_\_

Algunas vez has recibido servicios antes?  No  Si, si es, cuando: \_\_\_\_\_

Tienes un plan de caso con la Sistema Judicial o or Eckerd Community Alternatives:  Si  No

Raza, marque uno:  Blanco  Negro  Indio Americano o Navito de Alaska  Asiático
 Nativo de Hawaiiana o Islas de Pacifico  Multi-Racial

Etnia, marque uno:  Puertorriqueño  Mexicano  Cubano  Otros hispano  Haitiano
 Mexicano Americano  Español/Latino  Ninguna de las anteriores

Estado Civil:  Nunca casado(a)  Casado  Viudo(a)  Divorciado(a)  Separado(a)
 Pareja Conviviente

Mayor grado escolar completado: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre : \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Cuidad/Estado/Código de postal Tutor Legal:  Si  No

Identificar los factores de discapacidad:

Discapacidades del desarrollo:  Si  No Impedido Físicamente:  Si  No
No- Ambulatoria:  Si  No Deficiencia Visual:  Si  No
Sordos o con dificultades auditivas:  Si  No Funcionamiento ADL :  Si  No
Idioma Ingles severamente limitado:  Si  No (Incapacidad para realizar de forma independiente el día a día la vida)

Que auxiliar de ayuda o asistencia necesitas para ayudarle a comunicarse con nosotros? \_\_\_\_\_

Client Name: \_\_\_\_\_ Client #: \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS MEDICOS**

Medicaid #: \_\_\_\_\_ Medicare#: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro seguro? (Aparte de Medicaid / Medicare)  Si  No Nombre: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esto o un reclamo relacionado con:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Seguro médico y dirección de la compañía

Autorizo el pago de beneficios de Directions forLiving: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

**INFORMACION MÉDICA**

Médico de atención primario: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Otro médico: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Especialista de Manejo de dolor: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Localización de Farmacia: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIO / CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

Firma que certifica que:

1) Autorizo al personal de Directions for Living para hacer de la salud / de la sustancia de tratamiento de abuso mental para la persona nombrada abajo

2) He recibido una copia del Manual del Cliente, que incluye información sobre:

- Misión Organizacional
- Procedimientos de Emergencias
- Derechos y Responsabilidades del Cliente
- Control de Enfermedades Infeciosa
- Aviso de Practica de Seguridad
- Horas de Operacion
- Tratamientos de Servicios
- Procedimiento de Quejas
- Educación sobre el VIH / SIDA
- Directiva Avanzada

3) He recibido la información de educación sobre el VIH / SIDA y entiendo que puedo solicitar más información respecto a las pruebas y otros servicios en cualquier momento.

4) Entiendo que puedo ser contactado acerca de mis servicios a Directions for Living o después de los servicios con fines de mejora de calidad.

5) Entiendo que Directions pueden presentar información estadística y demográfica, como mi edad, número de seguro social y / o ingreso a ciertos locales, estatales y / o agencias federales con el fin de ofrecer mis servicios. También entiendo que puedo pedir más información específica acerca de esto en cualquier momento

6) Hago entrega de este consentimiento para el tratamiento de forma voluntaria y entiendo que tengo el derecho de retirarse del tratamiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente escrito

\_\_\_\_\_  
Firma Del Cliente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Guardian (si procede)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del Cliente:

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

Client Name: \_\_\_\_\_ Client #: \_\_\_\_\_