

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

Ecker Center for Mental Health

1845 Grandstand Place Elgin, Illinois 60123-4983

Bienvenidos al Centro de Salud Mental Ecker. Esperamos poder ser de ayuda y gracias por elegir al Centro Ecker para sus necesidades de salud mental. El Centro Ecker ofrece una variedad de servicios, atención residencial, terapia, rehabilitación psicosocial, administración de casos, psiquiatría, enfermería, e intervención de crisis las 24 horas del día.

En un esfuerzo para ayudarle a utilizar mejor su tratamiento y comprender los procedimientos del Centro hemos creado este resumen de información y guías importantes. Su cooperación con estas pautas nos ayudará a proporcionarle atención rápida y eficientemente como sea posible. La información importante incluye:

1. Su tratamiento iniciará después de un proceso de evaluación e incluye una evaluación integral de salud mental y podría incluir una evaluación psiquiátrica. La información de las evaluaciones y sus aportaciones nos ayudarán a determinar los servicios que usted necesita.
2. El tratamiento es un proceso de colaboración entre usted y sus proveedores de servicios. Contamos con usted para que se una a nosotros para delinear las metas y objetivos factibles para satisfacer sus necesidades de tratamiento
3. El tratamiento se centra en ayudarlo a abordar los problemas de salud mental. Los métodos comunes incluyen la resolución de problemas, el aprendizaje de nuevas habilidades y/o ayudarlo a pensar y actuar de nuevas maneras. Los medicamentos también pueden ser una parte importante de su régimen de tratamiento.
4. Las situaciones de crisis pueden ocurrir entre las citas programadas y el centro cuenta con servicios disponibles las 24 horas del día para hacer frente a esta situación. En caso de que sufra una crisis puede ir a nuestro Programa de Emergencia Psiquiátrica (PEP) en el Hospital Advocate Sherman que se encuentra localizado junto a la sala de emergencias. Dirección: 1425 N. Randall Rd, Elgin, IL 60123. El número de teléfono es: 847-888-2211.
5. La asistencia habitual a las citas es necesaria para un tratamiento eficaz. Por favor asista a todas las citas de manera consistente tal y como están programadas. Si tiene que faltar a una cita por favor déjenos saber con 24 horas de anticipación para evitar cargos.
6. Los profesionales del Centro Ecker no están disponibles para dar declaraciones juradas, evaluaciones judiciales o ser testigos para personas que no utilicen los servicios de tratamiento y recuperación del Centro Ecker. En el evento de que el personal de la agencia sea ordenado a proporcionar cualquiera de los servicios anteriores se cobrará una cuota por estos servicios.
7. Nuestro número de teléfono principal es: 847-695-0484. Puede ponerse en contacto con departamentos específicos llamando a sus extensiones.

02/2019



Capacitando rutas hacia la recuperación

VOZ: 847-695-0484 SORDO / PROBLEMAS AUDITIVOS: ILLINOIS RELAY CENTER, 800-526-0857
FAX: 847-695-1265 <http://www.eckercenter.org>



INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

Bienvenido al Centro de Salud Mental Ecker. El primer paso en su tratamiento es completar el proceso de admisión. Una vez la admisión ha sido completada, se realiza un Evaluación Mental, con su colaboración, para obtener información que ayude a nuestro personal a determinar los servicios que usted pueda necesitar en Ecker. **Por favor llenar este formulario en su totalidad.**

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Estado de guardián: Propio guardian Padre biologico Padre adoptivo Jóvenes en
 Corte Nombrado Otro: _____

Información del guardián: Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono: _____ Dirección actual: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Contacto de emergencia: Comprueba si es igual que guardián

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono: _____ Dirección actual: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Miembros del hogar:

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Otras relaciones notables:

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Soportes estalecidos (ejemplo: Médico, Colegio/Guardería, Consejero/Terapeuta, Trabajador de bienestar infantil, Agente ISC/PAS, Agente de libertad condicional, etc.)

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Numero de Teléfono _____ Correo electrónico: _____ daph

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

TRATAMIENTO

¿Qué te gustaría lograr del tratamiento? _____

¿Qué servicios está buscando para su tratamiento? **Por favor marque todos los que sean necesarios.**

_____Psiquiatría _____Terapia Individual _____Manejo de Casos _____Grupo MRT
_____Cohorte PSR _____CST (Equipo de Apoyo en la Comunidad) _____Atención Residencial
_____Consejería Familiar _____Otros (especifique)_____

¿Quién lo refirió al Centro de Salud Mental Ecker? **Por favor marque todos los que sean necesarios.**

_____Usted mismo _____Hospital _____Centro Escolar (maestro/consejero escolar) _____Albergue
_____Familia _____Amigo(s) _____DHS _____Sacerdote/Clérigo _____DCFS _____Medico/Doctor
_____Centro Renz _____Departamento de Policía _____Compañía de Seguros _____Corte
_____Otros (especifique)_____

¿Ha habido cambios recientes en su medio ambiente que le han hecho buscar tratamiento?

_____Pérdida de su Vivienda _____Divorcio/Separación _____Problemas Legales _____Reubicación
_____Muerte de un ser querido _____Pérdida de Cobertura del Seguro _____Problemas en la escuela/trabajo
_____Dificultad con el consumo del alcohol o las drogas _____Otros (especifique)_____

Marque por favor el nivel de dificultad que está teniendo con los siguientes síntomas o comportamientos.

Ansiedad (se siente ansioso, excesiva preocupación, pánico, le falta el aire, palpitaciones, sudoraciones)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Más que una pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad moderada	<input type="checkbox"/> Bastante dificultad	<input type="checkbox"/> Serias dificultades
----------------------------------	---	---	--	--	--

Comportamiento tipo maniaco (irritabilidad, paranoia, impulsividad, falta de sueño, no puede controlar sus pensamientos)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Más que una pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad moderada	<input type="checkbox"/> Bastante dificultad	<input type="checkbox"/> Serias dificultades
----------------------------------	---	---	--	--	--

Comportamiento tipo depresivo (se siente deprimido, ganas de llorar, llanto, cansancio/falta de energía, se aísla)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Más que una pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad moderada	<input type="checkbox"/> Bastante dificultad	<input type="checkbox"/> Serias dificultades
----------------------------------	---	---	--	--	--

Comportamiento antisocial (tiene antecedentes de manipular, explotar o violar los derechos de los demás)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Más que una pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad moderada	<input type="checkbox"/> Bastante dificultad	<input type="checkbox"/> Serias dificultades
----------------------------------	---	---	--	--	--

Alucinaciones (ve, oye, siente, olfatea o degusta cosas que no existen fuera de su mente)

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Más que una pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad moderada	<input type="checkbox"/> Bastante dificultad	<input type="checkbox"/> Serias dificultades
----------------------------------	---	---	--	--	--

Ideas delirantes (creencias falsas sobre la realidad externa, basadas en inferencias incorrectas, que se sostienen firmemente a pesar de que los demás estén en desacuerdo y se obtengan pruebas y evidencias indiscutibles en su contra)

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Más que una pequeña dificultad	<input type="checkbox"/> Dificultad moderada	<input type="checkbox"/> Bastante dificultad	<input type="checkbox"/> Serias dificultades
----------------------------------	---	---	--	--	--

¿Pensamientos suicidas actuales/recientes? _____ Si _____ No

¿Pensamientos homicidas actuales/recientes? _____ Si _____ No

¿Comportamientos de autoagresión actuales/recientes? _____ Si _____ No

SALUD FÍSICA

¿Cómo calificaría su estado de salud actual? Excelente Bueno Razonable Malo

Padece usted o ha padecido alguno de los siguientes problemas: (Por favor marque las casillas apropiadas)

	SI	NO	FECHA		SI	NO	FECHA
Acné (severo)				Fibromialgia			
Artritis				Problemas estomacales o intestinales			
Asma				Traumatismo craneal/lesiones			
Autismo/Síndrome de Asperger				Problemas auditivos			
Cáncer				Hepatitis			
Enfermedad cardiovascular				Hipertensión arterial			
Parálisis cerebral				Enfermedad renal			
Infecciones crónicas del oído				Enfermedades del hígado			
Insomnio crónico				Migrañas			
Dolor crónico				Problemas del habla			
Diabetes				Enfermedades de la tiroides			
Eczema (severo)				Tuberculosis			
Enfisema/EPOC				Infecciones urinarias/de la vejiga			
Epilepsia/convulsiones				Otros:			

NUTRICIÓN

Favor de circular la mejor respuesta:

	(0)	(1)	(2)
¿Cuántas comidas come al día?	3 o mas	2 comidas	Menos de 2
¿Cuántas frutas, verduras o productos lácteos come al día?	muchos	pocos	ninguno
En promedio ¿cuántas bebidas alcohólicas consume al día?	ninguna	1-2	3 o más
¿Tiene problemas dentales o de la boca que hacen que sea difícil comer?	no	-----	sí
¿Cuántos medicamentos recetados toma al día?	ninguno	1-2	3 o mas
¿Ha cambiado su manera de comer una condición médica o enfermedad?	no	sí	-----
¿Ha rebajado o aumentado 10 o más libras en los últimos 4 meses?	no	-----	sí
¿Tiene antecedentes de un trastorno alimenticio?	no	-----	sí

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

Tiene dificultades para: Tragar Masticar Indigestión Acidez Vómito Diarrea
 Estreñimiento No tiene dificultad con nada de esto

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Puntuación del riesgo nutricional = _____

Si el cliente obtiene más de 9 puntos, reporta dificultad para comer o digerir la comida o reporta problemas nutricionales, favor de referirlo a su médico de cabecera o a su FQHC local.

Cliente fue referido a Médico de cabecera FQHC local Otro No se necesita nada

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

PLAN DE ATENCIÓN DE CRISIS DEL CONSUMIDOR

Contacto de emergencia:	Número de teléfono
Persona de apoyo:	Número de teléfono
Programa de emergencia psiquiátrica Hospital Sherman	847-888-2211
Psiquiatra: Doctor. Centro de Salud Mental Ecker	847-695-0484

Médico de cabecera: Doctor.	Número de teléfono
Farmacia:	Número de teléfono
Seguro médico: Número de seguro médico	Número de teléfono
Seguro médico : Número de seguro médico	Número de teléfono

Por favor indique todos los medicamentos (recetados, sin receta médica, a base de hierbas) o vitaminas que esté tomando:

MEDICAMENTOS	DOSIS	HORA EN LA QUE LO TOMA	MOTIVO

¿Tiene alguna reacción adversa o alergias a medicamentos o alimentos? Sí No En caso afirmativo por favor describa:

ALERGIA	TIPO DE REACCIÓN

Para ser llenado por el personal:

RECONOCIMIENTO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE CRISIS

1. Reconozco con el personal el propósito y desarrollo de un plan de atención de crisis
2. Acepto un plan de atención de crisis formulado para ser utilizado en el desarrollo de un plan individualizado de atención de crisis

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Guardián/Custodio: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE ADMISIÓN Y EVALUACIONES

Fecha:

Nombre del cliente:

Número de identificación:

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD (PHI) MEDIANTE MEDIOS ALTERNATIVOS

Dirección actual _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por medio de la presente autorizo al Centro de Salud Mental Ecker a dejar un mensaje en la contestadora o un mensaje como se describe a continuación. Entiendo que este correo de voz o mensaje puede contener información de salud protegida.

(Favor de marcar todas las opciones pertinentes)

Puede dejar un mensaje detallado en la contestadora en el número de teléfono:

Casa #: _____

Celular #: _____

Trabajo #: _____

Otro #: _____

Puede dejar la información detallado con: _____
Nombre Relación

No deje ningún mensaje. Hablar conmigo solamente llamando al siguiente número de teléfono:

Casa #: _____

Celular #: _____

Trabajo #: _____

Otro #: _____

Tenga en cuenta que la “información detallada” puede incluir información acerca de citas, cobros, referidos a otros médicos y/o resultados de análisis de laboratorio. Si no se seleccionó una de las opciones anteriores, el personal del Centro Ecker le dejará un mensaje en la contestadora o mensajes indicando solamente el nombre de la persona que llama, el lugar del que está llamando y un número al cual puede usted regresar la llamada. Si el número de teléfono no está en servicio, la información le será enviada por correo a la dirección indicada anteriormente.

Para ser llenado por el personal

AUTORIZACIÓN PARA DEJAR PHI POR OTROS MEDIOS

Con mi firma reconozco y entiendo que esta información se mantiene en mi expediente médico y los parámetros mencionados anteriormente serán acatados hasta que yo los revoque por escrito. Es mi responsabilidad notificar al Centro Ecker si quiero modificar uno o varios de los números de teléfono que aparecen arriba.

Cliente (o firma de la persona legalmente autorizada)

Fecha

Firma del testigo por parte del personal

Fecha