# ENTREVISTA INICIAL DE WesTCOAST CHILDREN’S CliNIC

Favor de enviar este formulario por fax al 510-373-1632 Attn: Intake

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS SOBRE LA REMISIÓN** | | | | |
| Nombre de la persona que remite:  Agencia:  Teléfono:  Relación con el cliente: | Nombre del cliente:  Fecha de nacimiento:  Raza:  Número de Seguro Social:  Número de Medi-Cal: | | | Sexo asignado al nacer:  Identidad de género:  Expresión de género:  Orientación sexual:  Pronombres del cliente: |
| Domicilio (si no tiene vivienda, indique la ciudad):  Teléfono: | Situación residencial:  ☐ Familia ☐ Hogar en grupo  ☐ Hogar de crianza ☐ Se fue sin permiso  (Foster home) (AWOL)  ☐ Otro:  Idiomas que habla:  ¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No | | | ¿Con quién vive el cliente?  ¿Antecedentes de huir del hogar? ☐ Yes ☐ No  ¿En qué ciudad y estado nació el cliente? |
| ¿Quién tiene la autorización legal para dar su consentimiento para al tratamiento? | ¿Es o fue el cliente un hijo de crianza (*foster youth)?* ☐ Sí ☐ No | | | ¿Está el cliente involucrado en el sistema de justicia para menores? ☐ Sí ☐ No |
| Persona con quien comunicarse en caso de emergencia:  Teléfono para comunicarse en caso de emergencia: | Trabajador de bienestar infantil (*Child Welfare Worker*):  Teléfono:  Fax:  Correo electrónico: | | | Abogado:  Teléfono:  Agente de libertad provisional (*probation*):  Teléfono: |
| Cuidador principal:  Relación con el cliente:  Idiomas que habla:  ¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No | Madre natural (biológica):  Domicilio:  Teléfono:  ¿Podemos comunicarnos con ella? ☐ Sí ☐ No  Idiomas que habla: | | | Padre natural (biológico):  Domicilio:  Teléfono:  ¿Podemos comunicarnos con él? ☐ Sí ☐ No  Idiomas que habla: |
| **INQUIETUDES CON QUE SE PRESENTA**  ¿Por qué solicita los servicios ahora? | | | | |
| **CUALIDADES**  ¿Qué cualidades tiene el cliente? | | | | | |
| ¿Tiene inquietudes acerca de tendencias suicidas u homicidas? ¿Tiene el cliente ideaciones, intenciones o planes? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿por qué? | | | ¿Tiene inquietudes acerca de la explotación sexual? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿por qué? | | |
| ¿Tiene inquietudes acerca de su seguridad? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿por qué? | | | ¿Tienes inquietudes acerca del trauma? ☐ Sí ☐ No Si contesta que sí, ¿por qué? | | |
| **DESEMPEÑO ACADÉMICO**  Escuela: Grado:  ¿Recibe servicios de educación especial? | | | | | |
| **HISTORIAL MÉDICO** | | | | | |
| Médico principal:  Teléfono:  Fecha de su última consulta médica:  Medicamentos que toma actualmente: | | | ☐ Enfermedades graves:  ☐ Lesiones:  ☐ Hospitalizaciones:  ¿Alergias? ☐ Sí ☐ No (por favor enumere): | | |
| **SERVICIOS TERAPEUTICOS MÁS RECIENTES**  Agencia:  Terapeuta:  Teléfono:  Tipo de servicios:  Duración de servicios:  Respuesta del cliente: | | | **SERVICIOS SOLICITADOS**  ☐ Terapia en consulta externa: ☐ **Individual** O ☐ **Familiar**    ☐ C-Change: (Para menores que se encuentran en riesgo o están involucrados actualmente en la explotación sexual)    ☐ Catch 21    ☐ Pruebas psicológicas    ☐ EMPOWR: (Para jóvenes de 18 a 24 años que estén actualmente o hayan estado anteriormente en hogares de crianza (Foster youth) y que necesiten un sistema de apoyo con ayuda de un equipo.  Solicitudes de servicios especiales: | | |
| **HISTORIAL CON WESTCOAST CHILDREN’S CLINIC**  ¿Tiene el cliente o la familia un historial con WestCoast Children's Clinic? ☐ Sí ☐ No | | | | | |
| **PREFERENCIAS DE UBICACIÓN DEL SERVICIO Y DISPONIBILIDAD** | | | | | |
| Preferencia de ubicación de servicio:  ☐ Hogar  ☐ Escuela  ☐ Oficina  ☐ Comunidad  ☐ Flexible  ☐ Otro:  ¿Puede el cliente trasladarse a la oficina?? ☐ Sí ☐ No  Días y horario preferido por el cliente para los servicios: | | En caso de ofrecerse los servicios por medio de Telehealth:  ¿Qué tipo de dispositivo tiene el cliente?  ☐ ¿Teléfono tipo *smartphone*? ☐ ¿Computadora portátil? ☐ Otro:  ¿Tiene el cliente un dispositivo con servicio de internet (por servicio celular o Wi-Fi? ☐ Sí ☐ No  ¿Tiene el cliente un dispositivo con micrófono y/o cámara?  ☐ Sí ☐ No | | | |
| **SOLO SI SE LE REMITE PARA PRUEBAS PSICOLÓGICAS** | | | | | |
| ¿Quién solicita las pruebas?  ¿Se hicieron pruebas anteriormente? ¿Puede obtenerlas Westcoast Children’s Clinic?  ¿Qué preguntas deben abordar las pruebas?  ¿Cuáles son los objetivos principales de las pruebas?  ¿Cómo afectarán los resultados de las pruebas el plan de tratamiento del cliente? | | | | | |