

Estado Civil:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca se ha Casado | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Viudo |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Raza:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra Raza Singular |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afro-American | <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas No Especificas |

Etnicidad:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Origen Especifica No Especificada |
| <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> No es de Origen Hispano |
| | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Arreglos de Vivienda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda sin Alcohol o Drogas | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial Segura(SRTF) |
| <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto (Niños) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (RTH por YAT) |
| <input type="checkbox"/> Hogar de Transición (Casa Oxford) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SUD) |
| <input type="checkbox"/> Prisión | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SRTF por YAT) |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (su hogar) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial Cuidado Agudo |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (con un pariente) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (alguien sin parentesco) | <input type="checkbox"/> Alojamiento |
| <input type="checkbox"/> Otra Residencia Privada | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (BRS) | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (congregación) |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (CSEC) | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (disperso) |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS) | <input type="checkbox"/> Transitorio/Sin Hogar |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS) | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SCIP/SAIP) | |

Empleo Competitivo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas/semana o más) | <input type="checkbox"/> Discapacidad (no puede trabajar por razones físicas o psicológicas) |
| <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 35 horas/semana) | <input type="checkbox"/> Otra Calificación Reportada (ej., voluntario) |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Protegido / No-Competitivo /Empleo (ej., WITCO) |
| <input type="checkbox"/> Sin Empleo (Buscando o Despedido) | <input type="checkbox"/> No Trabaja (no está buscando trabajo) |
| <input type="checkbox"/> Ama de Casa | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Jubilado | |

Nombre de Quien lo Emplea: _____ Tel. de Jefe: _____

Dirección de Jefe: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Afiliaciones Tribales:

<input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Umatilla	<input type="checkbox"/> Tribus Klamath
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs	<input type="checkbox"/> No Aplica
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grand Ronde	<input type="checkbox"/> Tribu Coquille Indian	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Siletz	<input type="checkbox"/> Cow Creek Banda de indios Umpqua	

Información Adicional:

¿Embarazada? Sí No No Aplica Desconocido

¿Usa Tabaco? Sí No

¿Ha Usado Substancias los Ultimas 90 Días? Sí No

¿Arrestado? (*Cientes que Consumen Substancias & Cientes de Prevención Solamente*)

Número de Arrestos el Mes Pasado _____ Número de Arrestos en Su Vida: _____

Número de Arrestos de DUII el Mes Pasado ____ Número de Arrestos de DUII en Su Vida: ____

Estatus Legal:

<input type="checkbox"/> Libertad bajo palabra	<input type="checkbox"/> Tutela (Corte)
<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Tutela (Child Welfare)
<input type="checkbox"/> Junta de Revisión de Seguridad Psiquiátrica (PSRB)	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Junta de Revisión de Seguridad Psiquiátrica Juvenil (JPSRB)	<input type="checkbox"/> Desconocido

Otras Agencias Que le Dan Servicios: (*seleccione todos los que apliquen*)

<input type="checkbox"/> ADES	<input type="checkbox"/> Autoridad Juvenil de Oregon
<input type="checkbox"/> Correccional Comunitario	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud Pública
<input type="checkbox"/> Child Welfare (Asistencia para Niños)	<input type="checkbox"/> Centro de Recuperación de Lifeways
<input type="checkbox"/> Suficiencia Propia DHS	<input type="checkbox"/> Personas Mayores y Personas con Discapacidades
<input type="checkbox"/> Departamento Juvenil	<input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional
<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>): _____	
<input type="checkbox"/> Otro Programa de Tratamiento y Prevención de Abuso de Alcohol o Drogas Aparte de Lifeways (<i>especifique</i>): _____	
<input type="checkbox"/> Otro Programa de Tratamiento de Salud Mental Aparte de Lifeways (<i>especifique</i>): _____	

¿Está interesado en recibir servicios de apoyo para empleo?

No Si

¿Actualmente empleado o inscrito en la escuela?

No Si

¿Tiene una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental?

Si No – Recibí una copia de la *Guía para la Declaración para el Tratamiento de Salud Mental en Oregon*

¿Copia disponible?

Sí No

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

Quien Paga:

<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privada.	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid/OHP
<input type="checkbox"/> Otro (ej., TRICARE – VA, CHAMPUS)	<input type="checkbox"/> Ninguno	

Seguro de Salud Principal:

Nombre de la Compañía de Seguro _____ Tel. _____

Dirección _____ # de Identificación de Seguro de Salud / # de Grupo _____

Nombre de Persona Asegurada _____ Relación _____

Seguro de Salud Secundario:

Nombre de la Compañía Aseguradora _____ Tel. _____

Dirección _____ # de Identificación de Seguro de Salud / # de Grupo _____

Nombre de Persona Asegurada _____ Relación _____

Yo autorizo divulgación de cualquier información necesaria sobre salud mental o tratamientos de alcohol y drogas para procesar reclamos de seguro. Además, autorizo pago directo por beneficios al cuidado de la salud a Lifeways, Inc., por cualquier servicio proveído. Entiendo que soy el único responsable por todos los cargos sean o no pagados por mi seguro de salud o cualquier otra fuente de pagos, inclusive DHS si hago uso del descuento.

Firma de Garante: **X** _____ Fecha: _____

Reconozco Haber Recibido el Manual y Aviso de Privacidad para el Cliente de Lifeways:

Al firmar abajo, reconozco recibir copia del Aviso de Privacidad para el Cliente de Lifeways en mi Lenguaje principal:

Rechazado

X _____
Firma del Cliente, Padre del Cliente, Tutor, o Representante Personal Fecha Firmado Relación al Cliente

Consentimiento para Usar y Divulgar Información de Salud Protegida:

Al firmar abajo, doy mi consentimiento al uso y divulgación de información de mi salud para que así Lifeways y sus empleados y contratistas pueden proveerme con tratamiento, obtener pago (por tratamientos) de mis pagador tercero (ej.: Programa Medicaid de Oregon o mi HMO) y lleven a cabo sus operaciones al cuidado de la salud. Yo específicamente les autorizo usen y divulguen mi información de salud sobre enfermedades mentales, resultados de análisis de VIH/SIDA, y tratamiento por servicios en el programa por abuso de alcohol y drogas (si los hay) para tales propósitos como tratamiento, pago y operaciones destinadas al cuidado de la salud. Yo entiendo que este consentimiento y divulgación de información se vence cuando termine el tratamiento y puedo revocar este consentimiento antes de ese tiempo, excepto hasta cuando Lifeways haya tomado acción de seguridad sobre este consentimiento. Sin embargo, también entiendo que ninguna revocación de este consentimiento es válida con respecto a la inspección de archivos necesarios para validar gastos a nombre de entidades del gobierno.

X _____
Firma del Cliente, Padre del Cliente, Tutor, o Representante Personal Fecha Firmado Relación al Cliente