

Formulário de Triagem Para Atendimento - Saúde Mental

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_ Número do Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade//CEP: \_\_\_\_\_

Telefone (casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Qual é o motivo (s) da sua consulta?

Terapêutica -ou-  Avaliação de Suboxone -ou-  Terapia devido o uso de substâncias químicas

Você já foi paciente do nosso departamento de Saúde Mental?  Sim  Não

Alguém da sua família trabalha no CHC?  Sim  Não

Quem? \_\_\_\_\_

Você está fazendo tratamento psiquiátrico ou psicológico em algum outro lugar?  Sim  Não

Aonde \_\_\_\_\_ Qual o motivo? \_\_\_\_\_

---

Assinale os sintomas/sentimentos abaixo que se aplicam a você:

- Depressão  Problemas de Relacionamento  
 Ansiedade  Uso de Drogas  
 Transtorno bipolar  Esquizofrenia  
 Luto  Outros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

---

Prefiro ser atendido por um profissional do sexo:  Masculino  Feminino  Terapeuta ou  Tanto faz

---

Se você é de menor (abaixo de 18 anos), quem é o seu responsável legal?

Mãe  Pai  Ambos  Departamento Familiar  Tutor/ Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Tipo de Relacionamento : \_\_\_\_\_

---

Contato em caso de Emergência:

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo de Relacionamento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

---

Algo mais que você gostaria de relatar:

Apenas para uso interno

PCP \_\_\_\_\_

Insurance \_\_\_\_\_