



# Community Health Connections

We take great care of you!

## Clinica Abierta Screening Form

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad & Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono Casero: \_\_\_\_\_ Teléfono Otro: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**\*\*Para recibir Servicios de Psiquiatría usted necesita estar activamente en consejeria y su Doctor primario debe estar en CHC Inc.\*\***

**\*\*Para recibir Suboxone su Doctor primario debe estar en CHC Fitchburg y su Doctor primario necesitará enviar un referido\*\***

Usted esta aqui para  Consejería -o-  Examinación de Suboxone - Opiade -o-  Ambos

¿Alguna vez ha sido visto en este departamento antes?  Sí  No

Usted padece de algunos de los siguientes?

- Depresión  Problemas en su relación
- Nervios  Uso de sustancia
- Perdida/afligido(a)  Otra (favor especificar): \_\_\_\_\_

Prefiere consejero  Masculino  Femenino  no importa

¿Si usted es menor de edad (menor de 18 anos de edad), quien tiene la custodia legal de usted?

- Madre  Padre  Ambos  DCF  Guardian

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

### Contacto de Emergencia

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Pueblo/Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono Casero: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Usted tiene algun miembro de la familia que trabaje para CHC?

Usted esta recibiendo servicios de consejeria o psiquiatricos en algun otro lugar?

Hay algo mas que usted nos quiera decir?

For office use only:

PCP \_\_\_\_\_

Insurance \_\_\_\_\_