

Condado de Erie

Departamento de Salud Mental

Adulto - Punto único de acceso y responsabilidad (SPOA)

				Fecha de la remisión: Haga clic o pulse aquí para escribir una fecha.	
Origen de la remisión:					
Persona de contacto/ Relación:		<i>Nombre de la agencia</i>		<i>Nombre del programa</i>	
		<i>Nombre</i>		<i>Número de teléfono</i>	
		<i>Dirección de correo electrónico</i>			
		<i>Dirección postal/apartado postal</i>		<i>Número de fax</i>	
		<i>Ciudad</i>		<i>Estado</i>	
Tipo de servicio para el que se remite:		<input type="checkbox"/> Tratamiento comunitario asertivo (ACT) <input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio asistido (AOT) (Ley Kendra) <input checked="" type="checkbox"/> Administración de la atención			
		<input type="checkbox"/> Vivienda con licencia <input type="checkbox"/> Residencia comunitaria supervisada <input type="checkbox"/> Residencia para adultos mayores supervisada <input type="checkbox"/> Tratamiento en apartamento supervisado <input type="checkbox"/> Vivienda para adultos jóvenes <input type="checkbox"/> Ocupación de habitación individual <input type="checkbox"/> Vivienda MICA <input type="checkbox"/> Vivienda sin licencia <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo para personas sin casa de HUD <input type="checkbox"/> Vivienda con apoyo de OMH <input type="checkbox"/> Intervención en tiempo crítico (Vivienda) <input type="checkbox"/> Servicios de vivienda de emergencia (EHS)			
		** ¿El cliente alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		** ¿El cliente tiene la intención de que sus familiares vivan con él/ella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del cliente:				SSN:	
<i>Apellido</i>		<i>Nombre</i>		<i>Inicial del segundo nombre</i>	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Sexo:	
				Teléfono:	
Dirección actual, si corresponde:				<i>Código del condado: Erie 15</i>	
<i>Dirección</i>					
<i>Ciudad</i>		<i>Estado</i>		<i>Código postal</i>	

Idioma principal:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Karen <input type="checkbox"/> Swahili <input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano	<input type="checkbox"/> Sin idioma <input type="checkbox"/> Otro _____
Dominio del inglés:	<input type="checkbox"/> No habla Inglés	<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Excelente

Raza/origen étnico (marque todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Hispánico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Se niega a responder
---	--	---	---	---

Bienestar Autocuidado y vida comunitaria				
¿Cuánto cuidado necesita normalmente el cliente para...?	Independiente	Necesita ayuda	Incapaz	Se desconoce
A.) Manejar su higiene personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.) Desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.) Manejar su lavandería personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.) Presupuestar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.) Reconocer/evitar peligros habituales (p. ej., tráfico, incendios, seguridad personal, ropa adecuada y apropiada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.) Cumplir el régimen de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.) Usar el transporte público y otras comunidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.) Planear menús	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.) Comprar comida, ropa, necesidades personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.) Preparar u obtener comidas				

Casos de letalidad		
Factor	Ocurrencia	Notas
Antecedentes de agresión grave indiscriminada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del suceso:
Antecedentes de provocar incendios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del suceso:
Antecedentes de homicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del suceso:
Antecedentes de intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del suceso:
Antecedentes de episodios repetidos de hacerse daño con necesidad de atención médica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del suceso:
Antecedentes de abuso sexual hacia otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del suceso:

Situación penal (seleccione todas las opciones que correspondan):	<input type="checkbox"/> El cliente no es beneficiario de la justicia penal <input type="checkbox"/> Bajo arresto, en prisión, en celda o en detención judicial	<input type="checkbox"/> Bajo supervisión de libertad condicional <input type="checkbox"/> CPL 330.20 Orden de condiciones y Orden de liberación
	<input type="checkbox"/> Reclusión en el Departamento de Servicios Correccionales del Estado de Nueva York (prisión estatal) <input type="checkbox"/> Liberado de la cárcel o prisión en los últimos 30 días <input type="checkbox"/> Bajo supervisión de libertad condicional	<input type="checkbox"/> Bajo fianza, puesto en libertad bajo palabra (ROR) o libertad condicional, u otra alternativa al estado de encarcelamiento <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido

Historia de arrestos y disposiciones:

Clínico Diagnósticos médicos/psicológicos y uso		
Diagnóstico:	1. _____	Código DSM: _____
	2. _____	Código DSM: _____
	1. _____	Código DSM: _____
	2. _____	Código DSM: _____
<div> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Artritis/Trastorno de articulaciones <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Demencia/Trastorno cerebral orgánico <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problema reproductivo femenino <input type="checkbox"/> Trastorno genital/urinario <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza <input type="checkbox"/> Hepatitis/Cirrosis <input type="checkbox"/> VIH/Sida <input type="checkbox"/> Problemas con el grupo de apoyo primario <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el entorno social <input type="checkbox"/> Problemas educativos <input type="checkbox"/> Problemas ocupacionales <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda </div> <div> <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (colesterol alto) <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta) <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Úlcera/Trastorno gastrointestinal <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Problemas económicos <input type="checkbox"/> Problemas con el acceso a los servicios de atención médica <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con el acceso al sistema legal <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Otros problemas psicosociales y del entorno: _____ </div>		

Medicamentos psiquiátricos y no psiquiátricos actuales (se puede sustituir por una copia de la hoja de medicamentos actual, si está disponible):		
Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
Lista de alergias:		

[illegible]