

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:	<i>Nombre de la agencia</i>	<i>Nombre del programa</i>	
Persona de contacto/ Relación:	<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>	
Tipo de servicio para el que se remite:	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
	<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>Dirección</i>		
	<i>Código del condado: Erie 15</i>		
	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>

Idioma principal:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Karen	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano	<input type="checkbox"/> Sin idioma
	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Swahili		<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Mandarín		
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"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio americano, nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Se niega a responder
	<input type="checkbox"/> Hispánico			

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

Medicamentos psiquiátricos y no psiquiátricos actuales (se puede sustituir por una copia de la hoja de medicamentos actual, si está disponible):

Resumen del tratamiento psiquiátrico para pacientes hospitalizados/emergencias en el último año: