



Querido Cliente,

Gracias por su interés en Tahoe Youth & Family Services. Esperamos que la siguiente información le ayude con el paquete de admisiones.

Tahoe Youth & Family Services cree que la familia juega una parte muy significativa en el éxito del desarrollo de cada familiar y su experiencia con nuestra agencia. Abajo hay información que le ayudará con el paquete de admisiones y también con su experiencia de conserjería.

- Si un menor es el cliente primario, el único papelerillo que NO será llenada por del menor es el cuestionario marcado “Padre/Guardián Joven 10-17 años” en la esquina derecha del paquete.
- Por favor haga el esfuerzo a llegar con tiempo para su cita. Nosotros apreciamos una noticia de 24 horas antes si es que planea cancelar su cita, para que nosotros podremos planear de acuerdo con los cambios. La regla de Tahoe Youth & Family Services es de descargar a un cliente después de 2 cancelaciones sin ninguna noticia anterior.
- Por favor solo traiga a los niños que serán atendidos en la cita. Descubrirá que nuestro lobby es un poco ocupado y no es un buen lugar para que niños estén por una hora.

Nosotros verdaderamente esperamos que Uds. encuentre su experiencia con Tahoe Youth & Family Services muy agradable, positive y útil. Si tendría alguna pregunta o preocupación, por favor no deje de preguntarnos. Información en el págate de admisiones es confidencial, aunque no haga daños a uno mismo o otras personas.

Gracias por elegir a Tahoe Youth & Family Services.

### ***Ubicaciones de Tahoe Youth & Family Services***

*Oficina de Gardnerville*  
1512 Hwy 395, Suite 3  
Gardnerville, NV 89410  
Tel (775) 782-4202  
Fax (775) 782-5055

*Oficina de South Lake Tahoe & Drop In Center*  
1021 Fremont Ave.  
South Lake Tahoe, CA 96150  
Tel (530) 541-2445  
Fax (530) 541-0517

*Drop In Center de*  
*Gardnerville*  
1307 Langley, Unit 1  
Gardnerville, NV 89460

*Oficina de Alpine County*  
*Centro de Aprender*  
100 Foothill Rd., Bld. D, Room 5  
Woodfords, CA 96120  
Tel (530) 694-9459

***Texto ‘tahoeyouth’ a 839863 • Línea de Crisis (800) 870-8937***  
***www.tahoeyouth.org***



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Cliente # Uso de oficina: \_\_\_\_\_

**IMPRIME POR FAVOR**

Legal nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo:  M  F SSN: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre completo de madre \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado

Casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

¿Puedenos dejar mensaje?  S  N ¿Gustaría recibir nuestra revista por email?  S  N

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Fiscal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

¿Cuánto tiempo tiene viviendo en esta residencia?: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Pareja

Discapitado(a): \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Educación: \_\_\_\_\_ Grado más alto terminado: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Usted tiene seguridad:  S  N Numero de seguro del asegurado principal #: \_\_\_\_\_

Referido Por: \_\_\_\_\_  
Nombre de compañía de seguridad

**FAMILIA HISTORIA**

Por favor escribe información de su familia inmediata, incluidos a los niños.  
 Si necesita espacio adicional, por favor use la última página.

Primer Nombre	Apellido	Edad	Fecha Nacimiento	Relación	Lista de cualquier abuso o otras adicciones.

## Sección 1

<b>¿Alguna vez has tenido terapia o hospitalizado por adicción a las drogas, alcohol o razones de salud mental?</b> (Circule Uno.) Si No <span style="margin-left: 100px;">Si es Si, por favor lista las siguientes:</span>		
<b>FECHA</b>	<b>DIRECCION DE LUGAR</b>	<b>POR CUANTO TIEMPO</b>

**¿Usted nunca ha experimentado algunas de las siguientes? (Por favor marque todos que aplican a usted)**

Ahora	Pasado	
		<b>Sentimientos de tristeza o depresión</b>
		<b>Sentimientos de desesperanza o culpabilidad</b>
		<b>Pensamientos de suicidio</b>
		<b>Falta de interés por nada</b>
		<b>Aislamiento o dificultad para conseguir y mantener amigos</b>
		<b>Intento de suicidio</b>
		<b>Enojarse fácilmente</b>
		<b>Enojarse o Miedo a ciertas personas</b>
		<b>Energía baja o dormir demás</b>
		<b>Distanciamiento de los familiares y amigos cercanos</b>
		<b>Escuchar voces cuando no están bajo la influencia de drogas o alcohol</b>
		<b>Alucinaciones cuando no están bajo la influencia de drogas o alcohol</b>
		<b>Accidente de golpe de cabeza (Fecha: ____/____/____)</b>
		<b>Abuso Sexual</b>
		<b>Abuso Físico</b>
		<b>Abuso Emocional</b>
		<b>Visto o experimentado evento traumático (Accidente de coche, terremoto, etc.)</b>
		<b>Tener acceso a armas de fuego</b>

## Sección 2

<b>Todos los medicamentos que está tomando ahora, si necesita espacio adicional, por favor use la última página</b>	
Nombre y dosis de medicamento	Condición de salud que requiere este medicamento

### Sección 3

ASPECTOS LEGALES	CUANDO Y DONDE	RESULTADOS

### Sección 4

- ¿Alguien ha sentido preocupado por tu forma de beber o usar?  Sí  No
- ¿Usted se siente preocupado por su uso o consumo de beber?  Sí  No
- ¿La mayoría de sus amigos o amigas usan o beben?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha sobredosis de drogas o alcohol? (Intoxicación de alcohol)  Sí  No
- ¿Ha estado alguna vez en una sala de emergencia/ hospital por razones de alcohol o drogas relacionadas?  
 Sí  No

¿Alcohol o el uso de drogas causado problemas para usted en la escuela, en casa, en relaciones, o en tu trabajo? Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

- ¿Alguna vez ha usado drogas para adormecer los sentimientos incómodos, el aburrimiento, tristeza, ansiedad, o para dormir?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de paciente externo por uso de drogas o alcohol?  Sí  No
- ¿Si la repuesta es si, cuando y donde? Esto incluye TYFS paciente externo, TREC o SAP Programa cárcel de los jóvenes

- ¿Cualquier miembro de la familia ha recibido tratamiento por el uso de drogas o alcohol?  Sí  No
- ¿Si la repuesta es si, cuando y donde? \_\_\_\_\_
- ¿Estas embarazada actualmente?  Sí  No

## Sección 5

<b>Historia de uso de sustancias</b>					
<b>Tipo de Sustancia</b>	<b>Cuántas Veces</b>	<b>Cuánto tiempo ha utilizado esta sustancia</b>	<b>Edad de primera utilización</b>	<b>Última vez de utilización</b>	<b>Ruta de Administración</b> -Oral -Fumar -Inhalación -Inyección -Ninguno o no aplicable -Otro
Alcohol					
Marihuana					
Alucinógenos .e. (LSD, hongos Etc.)					
Cocaína					
Crack de cocaína i.e. "piedra"					
Metanfetamina i.e. (Crank, Speed, ice)					
Éxtasis i.e. "Tacha"					
Pastillas con receta médica i.e. Oxycotin, Vicodin, Valium					
Inhalantes					
Heroína, "chiva" Metadona					
Medicina demostrador					
"Spice"					
Otras					

## Sección 6

**Las siguientes preguntas nos permitirán aprender más acerca de sus preocupaciones actuales. Al dar estas preguntas toda su atención, que nos ayude mejor a ayudarlo.**

- 1. Por favor, una lista de algunos de los problemas / problemas que ha encontrado en este momento.**

---



---



---

---

---

2. **¿Cuáles son algunos de los comportamientos que le preocupan más?**

---

---

---

---

3. **¿De qué manera ha tratado de resolver estos problemas por su cuenta?**

---

---

---

---

4. **¿Los ocurrido en el pasado usted siente que han causado los problemas de hoy?**

---

---

---

---

5. **Extra Notas:**

---

---

## **Sección 7**

**Indique tres metas que le gustaría llevar a cabo por ti mismo / familia.**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Sinceramente ¿qué cree que podemos hacer para ayudarle a lograr estas metas?**

---

---

---

---

---

**Por favor use el espacio de abajo para cualquier idea adicional o inquietud que tenga o para cualquier pregunta anterior que requiere más espacio.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Las formas que siguen son en Ingles, asistencia en llenando las formas seta disponible en la oficina.



**FEE DETERMINATION**

Thank you for choosing Tahoe Youth & Family Services.

We ask that you provide important basic information to assess your situation and the appropriate funding source for your services. If we are unable to assist you, we will offer other appropriate referrals in the community.

Individual/Family sessions are 45-50 minutes. Group sessions are 80 minutes in California and 50 minutes in Nevada.

Services will not be provided, nor will verification of services be provided until all requested financial information is received, signed and processed. TYFS requires payment prior to the start of a session. Payments may be made directly to TYFS' Client Advocates.

Yes  No  **CLIENT HAS HEALTH INSURANCE (MEDICAID, MEDI-CAL, PRIVATE INSURANCE: \_\_\_\_\_)**

Please provide a copy of the health insurance card & the social security number of the primary insured.

Co-Pay Required? Yes  No  Co-Pay Amount: Individual \$ \_\_\_\_\_ Group \$ \_\_\_\_\_

Co-Insurance? Yes  No  Co-Insurance Percentage: \_\_\_\_\_%

Yes  No  **CLIENT QUALIFIES FOR ANOTHER FUNDING SOURCE? (DRYS, SAPTA, TRYS, \_\_\_\_\_)**

Referral Required? Yes  No  Authorization needed? Yes  No

Yes  No  **CLIENT WISHES TO PAY CASH FOR SERVICES (cash or card only, must be exact change)**

\$75 charge per individual session.

Yes  No  **CLIENT IS REQUESTING A REPORT BE SENT TO THE COURT BASED ON THE FINDINGS OF A DRUG & ALCOHOL EVALUATION** because of a DUI offense, court order, or any other reason; the charge is \$100 and is due prior to scheduling the appointment for the evaluation.

Yes  No  **CLIENT IS REQUESTING A REPORT BE SENT TO THE COURT BASED ON THE FINDINGS OF A MENTAL HEALTH EVALUATION** because of a court order or any other reason; the charge is \$100 and is due prior to scheduling the appointment for the evaluation.

*Firma del Cliente:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_





## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE NO CUMPLIMIENTO Y / O** **DESPUÉS DE LA CITA**

Llame a la oficina por lo menos 24 horas antes de su cita programada para hacer un cambio. Independientemente de la determinación de su tarifa, se aplicarán las siguientes tarifas:

1. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si yo no proporcionan un mínimo de 24 horas de aviso cuando necesito cancelar o cambiar una cita. \_\_\_\_\_ **(Por favor inicial)**
2. La cantidad de \$50.00 efectivo serán cargados a usted si llegan 15 minutos o más tarde a la cita.  
\_\_\_\_\_ **(Por favor inicial)**
3. La cantidad llena de \$125.00 serán cargados a usted si no asisto una cita y no ha contacto la oficina. \_\_\_\_\_ **(Por favor inicial)**
4. Si yo pierdo 2 citas sin razones apropiadas y no llamo a la oficina, servicios serán terminados.  
\_\_\_\_\_ **(Por favor inicial)**

### **Por favor, deje un mensaje en ext. 100 si no puede comunicarse con un miembro del personal por teléfono.**

Entiendo que Tahoe Youth & Family Services no puede contactarme para recordarme las citas. Recibiré una tarjeta de recordatorio de mi cita al programar una cita para que sirva de recordatorio (a menos que la cita esté programada por teléfono). Entiendo que me alienta contactar a los Servicios para Jóvenes y Familias de Tahoe en cualquier momento si necesito verificar una cita fecha y / o hora Entiendo que si se determina alguna de las tarifas anteriores, mis citas se eliminarán del calendario hasta que se pague la tarifa. En el momento del pago, mi nueva cita se programará según la disponibilidad actual.

**Entiendo que a las compañías de seguros no se les pueden cobrar estas tarifas, por lo tanto, son solo mi responsabilidad.**

Al firmar a continuación, acepto la determinación de tarifas, la política y las tarifas indicadas anteriormente.

**Firma del Padres o Guardián del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**TYFS Personal que asiste al cliente:** \_\_\_\_\_.