

SANTA FE
Recovery Center
THE PATH TO RECOVERY

Nombre/apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Hombre/mujer Dirección de correo electrónico: _____

Medio de comunicación preferido: Teléfono/mensaje de texto/correo electrónico/carta Drogas/sustancias: _____

¿Tiene acceso a Internet?: Sí/No Idioma principal: _____ ¿Necesita intérprete?: Sí / No

¿Está vacunado contra COVID?: Sí/No ¿Está vacunado contra la gripe?: Sí / No

Si NO está vacunado contra COVID o gripe, ¿está dispuesto a vacunarse?: Sí/No

¿Tiene usted seguro médico?: Sí/No ¿Toma metadona, suboxona o benzodiazepinas?: Sí o No

En caso afirmativo, ¿qué seguro tiene? _____

Si toma metadona, ¿dónde la obtiene?: _____

Si toma benzodiazepinas, ¿le han sido recetadas?: _____

Número de seguro social: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Pronombre: _____ Orientación sexual: _____ Etnia: _____ Raza: _____

Asociación tribal: _____ ¿Vive en tierras tribales?: Sí/No ¿Es apto para el IHS?: Sí/No

Religión: _____ Estado civil: _____ Situación de vivienda: _____

¿Es usted el jefe de familia?: Sí / No Situación laboral del jefe de familia: Jornada completa/Jornada parcial / Desempleado / Discapacitado

Si el jefe de familia no es el cliente, indique el sexo del jefe de familia Ingresos totales: _____

¿Cuántas personas viven en el hogar?: _____ ¿Cuál es su nivel educativo más alto?: _____

Situación laboral del cliente: Jornada completa / Jornada parcial / Autónomo / Desempleado Ocupación del cliente: _____

¿Es usted veterano?: Sí/No Rama militar: _____ Fecha de baja: _____

Tipo de baja militar: _____

¿Recibe compensación laboral? Sí / No Fechas de inicio y término de la compensación laboral: _____

Participación de la agencia: Tribunal de drogas/Cumplimiento por DWI (conducción bajo influencia)/Libertad condicional y libertad bajo palabra

Nombre y número del oficial de libertad condicional/libertad bajo palabra: _____

Accesibilidad y condiciones: Lentes/Lentes de contacto, oxígeno, audífonos, marcapasos, andador, bastón, silla de ruedas

¿Tiene alguna discapacidad auditiva o visual? Sí/No ¿Tiene alguna dificultad para leer o escribir?: Lectura / Escritura / Ninguna

¿Está embarazada?: Sí / No / No corresponde En caso afirmativo, ¿ha acudido a visitas médicas periódicas?: _____

¿Tiene un médico de cabecera?: Sí/No En caso afirmativo, indique el nombre del médico de cabecera (MC): _____

¿Tiene hijos de entre 0 y 8 años? Sí o no