



Programas de Servicio de Drogas y Alcohol

Hoja de Triage

Nombre (Primero, Segundo, y Apellido): _____
(Por favor deletree su Segundo Nombre)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Casa: _____ Número de Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

¿Quién lo refirió? _____ Medi-Cal (Circulé uno) – Si o No

¿En qué Condado eligió recibir el Medi-Cal? _____
Medi-Cal Eligibility Verified: SLO _____ Waiver County _____

¿A qué oficina le gustaría asistir? (Circulé Uno)
Atascadero – Grover Beach – Paso Robles – San Luis Obispo

PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASISTIDO CON MEDICAMENTOS

(Circulé Uno)

¿Cuál es su droga de preferencia? Alcohol o Otra sustancia

¿Es un usuario de IV?..... Si o No

¿Está embarazada? Si o No...Si le aplica, ¿cuál es la fecha de parto? _____

¿Ha tenido un intento de suicidio en los últimos 30 días? Si o No

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 30 días? Si o No

¿Le gustaría un kit de Naloxona gratis hoy?.....Si o No

(Solo Personal: Se informó al cliente que puede entrar y obtener capacitación y kit de Naloxona en cualquiera de nuestras 4 ubicaciones. También se les informó que pueden ir a cualquier CVS / Walgreens y obtener naloxona sin receta.) _____

¿Está aquí para la desintoxicación Opiácea / Suboxone? Si o No

¿Está aquí para la desintoxicación de alcohol? Si o No

¿Está usando Metadona? Si o No

¿Tiene alguna receta para Opiáceos y/o Analgésicos? Si o No

¿Es usted un paciente activo para el manejo del dolor?..... Si o No

¿Ha sido dado de alta del hospital en los últimos 14 días? Si o No

¿Ha sido descargado de la cárcel en los últimos 14 días? Si o No

¿Tiene transportación para las citas de tratamiento? Si o No

AZ # _____

DATE _____