



# FORMULARIO DE ADMISION

**Vesta, Inc**

**Por favor, llene este formulario y envíelo por correo o fax**

**Clinica donde prefiere recibir servicios (Seleccione una):**

**Germantown**

20410 Observation Dr. Suite 108, Germantown, MD 20876

Phone: 240-296-5862 Fax: 240-383-3435

*Intakes en Germantown son los martes de 10am to 5:00pm SOLAMENTE.*

Email: [IRC@Vesta.org](mailto:IRC@Vesta.org)

Website: <http://www.vesta.org/omhc>

**Silver Spring**

8737 Colesville Rd. Suite 700, Silver Spring, MD 20910 Phone:

240-296-5858 Fax: 240-383-3435

**Información de la Agencia/Persona que lo refiere a Vesta**

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Información del cliente**

Estado civil \_\_\_\_\_ Raza/G. Étnico \_\_\_\_\_ Género M  F

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel/trabajo: \_\_\_\_\_

Idioma nativo del cliente (Si otro diferente a Ingles): \_\_\_\_\_

El cliente habla Ingles? Si  No

Nombre de custodio o contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono en el día: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: Padre/Madre  Custodio Legal  Trabajador Social  Otro \_\_\_\_\_

Padre/madre o custodio legal habla Ingles? Yes  No

**Razón de la recomendación (marque todas las que correspondan)**

- Terapia/conserjería
- Diagnóstico
- PRP (SOLO en Germantown)
- Otro
- Control de medicación
- Testimonio requerido
- Apoyo de Vivienda (SOLO en Germantown)
- Orden de la corte
- Reporte requerido
- Fecha de corte
- Dado de alta de un hospital
- Evaluación psiquiatrica

**Información del seguro:**  Medicaid  Medicare  Medicaid/Medicare  Private Insurance  Self Pay

Medicaid# \_\_\_\_\_

Medicare# \_\_\_\_\_

Nombre del seguro privado: \_\_\_\_\_

Persona Subscrita: \_\_\_\_\_

ID# del cliente: \_\_\_\_\_

Group# \_\_\_\_\_

**Breve descripción del problema.** (Use una hoja separada si es necesario).

Por favor, envíe información médica relevante, orden de la corte, reportes de evaluaciones anteriores, si le dieron el alta del hospital envíe los papeles de Alta, y el plan de tratamiento complementario, etc.

Horarios disponibles para sesiones de terapia (marque con una cruz)	9:00 a 12:00	12:00 a 5:00	5:00 a 8:00
	Lunes		
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

Informacion sobre diagnosticos actuales: \_\_\_\_\_

Medicamentos actualmente tomando: \_\_\_\_\_

Abogado (Marque si corresponde). Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿A quien llamamos para establecer una cita (SOLO para Silver Spring)? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**VESTA ONLY**

SOS ID: \_\_\_\_\_

Staff receiving this referral: \_\_\_\_\_ Date this form was received (Date of enrollment): \_\_\_\_\_

Therapist Assigned: \_\_\_\_\_ Date Assigned: \_\_\_\_\_

Contact information Log / Comments: \_\_\_\_\_