



## **Lista de Verificación de Salud** **De comportamiento para Nuevo Paciente**

Los servicios de salud del comportamiento requieren una referencia de un Doctor Primario(PCP) antes de la programación. Para agilizar la programación, proporcione una referencia de su Doctor Primario(PCP) con este paquete.

### **Si no tiene un Doctor Primario(PCP) actual, háganoslo saber.**

\_\_\_\_\_ Referencia o guion del médico que indique claramente la necesidad médica a solicitud, incluido el código ICD-10.

\_\_\_\_\_ Copias de evaluaciones psiquiátricas anteriores y / o pruebas psicológicas

*No Aplica*

\_\_\_\_\_ Copia de su examen físico más reciente para fines de revisión y registros médicos.

\_\_\_\_\_ Copia de la documentación del tutor legal para los registros médicos.

\* Si el paciente tiene un tutor legal designado por el tribunal, se necesita una copia de este formulario legal para su registro en LISH antes de poder programar una cita. Por favor adjuntarlo a esta aplicación.

*No Aplica*

**Se programará una cita introductoria de admisión para los siguientes servicios:**

- **Consejería de salud del comportamiento**
- **Pruebas psicológicas**
- **Pruebas neuropsicológicas**
- **Servicios psiquiátricos y / o manejo de medicamentos**

\* Tenga en cuenta: si solicita una evaluación con fines legales (por ejemplo, designado por un tribunal, para obtener documentos de tutela o solicitado por un distrito escolar), estos servicios no se consideran médicamente necesarios y no serán cubiertos por su compañía de seguro médico. Las evaluaciones para fines legales se considerarán de pago propio.

\*\* Long Island Select Healthcare es un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC) de servicio completo con ocho ubicaciones en todo el Condado de Suffolk. Además de los servicios de salud mental, ofrecemos Atención Primaria, Ginecología, Neurología, Podiatría, Alergia, Dermatología, Endocrinología, Odontología, Audiología y Optometría. También brindamos terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla a pacientes con discapacidades del desarrollo. Si está interesado en servicios adicionales, háganoslo saber.

## Paquete de Servicios de Salud del Comportamiento

**¿Qué servicios estás buscando? Seleccione todas las que correspondan.**

**Evaluación Psiquiátrica o Psicológica** – Una cita de introducción que se utiliza para recopilar información sobre el paciente, determinar las necesidades y recomendar servicios adicionales.

**Evaluación Psicosocial** – Una cita utilizada para recopilar información sobre el historial familiar, el historial laboral y otros factores sociales de una persona que a menudo utilizan varias agencias estatales.

**Pruebas Psicológicas** – Una serie de pruebas que pueden incluir pruebas de CI, evaluaciones adaptativas, pruebas de aptitud o más diseñadas para evaluar el funcionamiento cognitivo y de la personalidad en general. Se utiliza para diagnosticar enfermedades psiquiátricas

**Pruebas Neuropsicológicas** – Un extenso conjunto de pruebas específicas diseñadas para evaluar las fortalezas y debilidades cognitivas. Estas pruebas ayudan a los proveedores de atención médica a obtener una mejor comprensión del funcionamiento cerebral del paciente.

**Consejería de Salud del Comportamiento** – Las citas regulares están diseñadas para ayudar a las personas a resolver problemas, determinar las causas subyacentes de ciertos comportamientos y gestionarlos.

**Manejo de medicamentos** – Citas en curso utilizadas para monitorear la medicación psiquiátrica y los planes de tratamiento para determinar el mejor curso de acción para mejorar la salud mental de una persona.

**¿Ha tenido alguna de las siguientes evaluaciones en los últimos 5 años? (Marque todo lo que corresponda)**

**\*\* En caso afirmativo, proporcione copias de los informes.**

Psicosocial  Psicológico  Neurológico  Neuropsicológico

Neuropsiquiatría  Psiquiátrica  Desarrollo  Educativa  Genética



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fechas de evaluaciones pasadas: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Guardián legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono - Casa: \_\_\_\_\_ Célular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia - Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajador / Coordinador de Servicios y Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Aseguradora Primaria: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Aseguradora Secundaria: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Aseguradora Terciaria: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

-----  
Razón para buscar tratamiento:  
\_\_\_\_\_

¿Es esta una evaluación designada por el tribunal? Seleccione uno (SÍ) \_\_\_ (NO) \_\_\_

Si es así, ¿cuál es la razón?  
\_\_\_\_\_

¿Tiene una referencia de su Doctor primario(PCP)? Seleccione uno (SÍ) \_\_\_ (NO) \_\_\_

En caso afirmativo, proporcione el nombre y número de teléfono de su Doctor primario(PCP):

Nombre de Doctor primario(PCP): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un examen físico reciente por parte de su Doctor primario(PCP)?

Seleccione uno (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_

Fecha de su último examen físico: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente una discapacidad del desarrollo? Seleccione uno (SÍ) \_\_\_ (NO) \_\_\_

¿Tiene el paciente una discapacidad del desarrollo? Seleccione uno (SÍ) \_\_\_ (NO) \_\_\_

---



---

Por favor liste todos los medicamentos actuales:

Medicamentos	Dosificación	Frecuencia

**Persona que completa este formulario**

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva los formularios completos a la ubicación donde desea recibir los servicios**

**LISH RIVERHEAD**

Lauren Moss  
883 East Main Street  
Riverhead, NY 11901  
**Fax: 631-369-7421**

**LISH HAUPPAUGE**  
Michelle Montesdeoca  
120 Plant Avenue  
Hauppauge, NY 11788  
**Fax: 631-851-3859**