

Fecha del día _____

Importante: este es un cuestionario CONFIDENCIAL para ayudar a Maryville a determinar el mejor plan de tratamiento para usted. Termine todas las áreas con la mayor información posible. Le entregaremos este cuestionario a un Consejero durante su cita de evaluación. Escriba con letra de imprenta clara.

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ (Marque aquí si no tiene hogar) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (____) _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Género Masculino Femenino Otro ____

Número de seguro social _____ Estado civil Soltero/a Casado/a En pareja

Licencia de conducir No. _____ Ciudadano EE. UU. o residente legal Sí No

Raza: Negro/ afroamericano Asiático Blanco Puertorriqueño Mexicano Cubano Ruso

Isleño del Pacífico Amerindio Medio Oriente Indio Otra Rechazar _____

¿Cuál es la rason principal por la cual está buscando tratamiento? _____

¿Es un veterano? Sí No

¿Puede leer y escribir en idioma inglés? Sí No En Espanol? Sí No

Mayor nivel de educación alcanzado _____ ¿Tiene un diploma de ES o GED?

Idioma principal _____ Idioma secundario _____

Orientación sexual: Bisexual Heterosexual Homosexual Cuestionándose Trangénero(a)

Pronombre preferido Ella Él Ellx/elle

¿Requiere adaptaciones?: Audífono Silla de ruedas Otro _____

¿Quién lo refirió? _____ Organización _____

¿Está tomando Metadona actualmente? Sí No

¿Está recibiendo Metadona, Suboxone o Sublocade en otro centro actualmente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

Nombre del contacto de emergencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Relación _____