

Formulario de información del Cliente del Centro de Salud Mental y Bienestar

Por favor, devuelva este formulario antes de su cita en el Centro de Salud Mental y Bienestar (MHWC) para evitar retrasos.

Nombre: _____

L#: _____

Especialidad: _____

Años en Lane Community College: _____

Promedio de calificaciones (GPA): _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Otro

Identidad de género: _____

Pronombres: _____

Estudiante nacional Estudiante internacional

Fecha de nacimiento: _____

¿Cuál es su motivo para solicitar los servicios del Centro de Salud Mental y Bienestar?

Consejería de profesionales de la salud mental

Servicios de Adicción

Por favor, describa:

¿Fue usted remitido por alguien al Centro de Salud Mental y Bienestar?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿quién lo remitió?

¿Está usted bajo medicación? _____

Historial de pensamientos suicidas: _____

Historial de hospitalización: _____

¿Ha asistido previamente a consejería fuera de LCC? Sí No

¿Usted recibe servicios del Centro de Salud de LCC? Sí No

En caso afirmativo, tenga en cuenta que al firmar el formulario de consentimiento para tratamiento, usted acepta que la información relevante del paciente se comparta entre MHWC y el Centro de Salud para ayudar en los servicios de apoyo.

Si usted elige no participar en este intercambio de información, por favor marque esta casilla:

**Para solicitar esta información en un formato alternativo, comuníquese con el
Centro de Recursos Accesibles al (541) 463-5010
o accessibleresources@lanecc.edu**