



# Family Health Intake Form

We at the SAC Norton clinic believe in whole person care. We understand that there are many factors that have a great impact on your health. Understanding this, we want to make your time here the most beneficial by addressing the whole person and providing you our highest standard of care. To ensure that all of your concerns get addressed our family health consultant may get in contact with you by phone. All information provided will be totally confidential and will only be used for services provided for you at SAC Norton.

## Referrals (Office Use Only)

<p>1. Are you currently looking for work? <span style="float: right;">Yes    No</span></p> <p>2. Are you looking for a place to live? <span style="float: right;">Yes    No</span></p> <p>3. What are the three most stressful things you have experienced, and when did they take place? (1) _____ when _____, (2) _____ when _____, (3) _____ when _____</p> <p>4. From 0 to 10 how would you rate your relationship with your partner?  0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10  Not Good <span style="margin-left: 150px;">Excellent</span> <span style="margin-left: 100px;">Don't Have a Partner</span></p> <p>5. Are there any problems that you are having with your child/ren?  Yes, Which One(s)    No    No Children in the Home    No Children</p> <p><input type="checkbox"/> Problems at school    <input type="checkbox"/> ADD or ADHD    <input type="checkbox"/> Always worried about their weight</p> <p><input type="checkbox"/> Drugs or Alcohol    <input type="checkbox"/> Violent behavior    <input type="checkbox"/> Gets bullied or bullies others</p> <p><input type="checkbox"/> Anxious or depressed    <input type="checkbox"/> Problems at home    <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>6. Would you like to stop Smoking    Yes    No    Do not use     Drinking    Yes    No    Do not use     Using drugs    Yes    No    Do not use</p> <p>7. Have you had lasting feelings of sadness, anger or loneliness in the past two weeks?  Yes    No</p> <p>8. Have you experienced any physical violence or trauma in the past 6 months?  Yes, What? _____ No</p> <p>9. Rate your current level of stress from 0 to 10  0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10  Not Stressed <span style="margin-left: 150px;">Very Stressed</span></p> <p>10. Have you had any physical symptoms for which the doctor has not found the cause? Yes, What? _____ No</p> <p>11. Where do you get your support and encouragement from?  Family    Friends    Nobody    Other _____</p>	                      	                      
		<b>Total=</b>
Name: _____ Date: _____ <span style="display: block; text-align: center; font-size: small;">Last                                  First</span>		Name: _____ D.O.B. _____
Address: _____		D.O.B. _____ Med. Rec# _____
Phone Number: _____ Name of your Doctor _____		



## Forma Informativa de la Salud de la Familia

Nosotros, en la clinica SAC Norton, creemos en el cuidado entero de la persona. Entendemos que hay muchos factores que tienen un gran impacto en su salud. Por lo tanto, nosotros creemos en hacer que su tiempo aquí sea de maximo beneficio para usted, enfocandonos en la persona entera, al brindar nuestros mas altos niveles del cuidado. Para asegurarnos que todas sus preocupaciones sean tomadas en cuenta, representantes de la salud familiar se comunicaran con usted por telefono. Toda informacion sera confidencial y sera usada unicamente para los servicios ofrecidos a usted en la clinica SAC Norton.

(Para Uso Oficial Solamente)

1. Esta buscando trabajo?	Si	No		
2. Esta buscando un lugar para vivir?	Si	No		
3. Que son las cosas que le causan estrés en su vida (tres cosas)? Y cuando pasaron? (1) _____ cuando _____, (2) _____ cuando _____, (3) _____ cuando _____				
4. De 0 a 10 como califica su relación con su pareja? 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 Malo Excelente No tengo una pareja				
5. Hay algun problema que esta teniendo con su hijo/hija? Si, cuales No No Ninos en Casa No Ninos <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela <input type="checkbox"/> ADD/ ADHD <input type="checkbox"/> Siempre preocupado por su peso <input type="checkbox"/> Drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Conducta violenta <input type="checkbox"/> Ha sido agredido o su nino agrede a otros <input type="checkbox"/> Ansioso o deprimido <input type="checkbox"/> Problemas en casa <input type="checkbox"/> Otro _____				
6. Quiere dejar de fumar de beber usar drogas	Si	No	No usar	
7. Ha tenido sentimientos duraderos de tristeza, enojo, o soledad en las últimas dos semanas?	Si	No		
8. Ha tenido ud. alguna experiencia de violencia física o trauma en los últimos seis meses?	Si	No		
9. Califique su estrés del 0 - 10. 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 Nada de estrés Mucho estrés				
10. Ha tenido algun problema medico en el cual el doctor no ha encontrado una repuesta?	Si hay, cuales? _____	No		
11. De quien recibe apoyo y estimulo?	Familia	Amigos	Nadie	Otro _____
Nombre _____	Fecha _____		Name _____	
El domicilio particular _____			D.O.B. _____	
El número de teléfono _____	El nombre de su médico _____		Med. Rec# _____	