**PAATHS**

**Bureau of Addictions Prevention, Treatment and Recovery Support Services**

**Boston Public Health Commission**

**Eligibility Form**

**Today’s Date:**  \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ **Social Security Number:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Current / Last Known Address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ **Gender:**  \_\_ Male \_\_ Female \_\_Transgender

**Race/Ethnicity:**

 American Indian or Alaska Native  Asian Black or African American Native Hawaiian or other Pacific White

 Hispanic /Latino Not Hispanic or Latino  Other (please specify): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Language(s) Preference:** \_\_\_\_ English \_\_\_\_ Spanish \_\_\_\_ Other (please specify): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **What type of insurance, if any, do you have?**
* None/Uninsured
* MassHealth
* Private
1. **What is/are you primary drug(s) of choice? Please check all that apply.**
* Alcohol
* Benzodiazepines
* Barbituates
* Cocaine
* Crack
* Heroin
* Inhalants
* Marijuana
* Methamphetamine
* Non-prescription methadone or suboxone
* Other opiates
* PCP
* Other (please specify): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **When and what did you last use? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Do you have a history of seizures?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
3. **Are you pregnant?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
4. **Are you currently on any medications?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
	1. **If yes, do you have them with you today?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
5. **Are you on Methadone or Suboxone?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
6. **If yes, did you get dosed today?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
7. **Where \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
8. **Are you interested in learning more about rapid HIV testing today?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No
9. **Are you interested in learning more about overdose prevention and/or Narcan today?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No

**Insurance Eligibility Authorization**

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, give permission to the Boston Public Health Commission to verify through Division of Medical Assistance (Medicaid) Eligibility Verification System (EVS) my eligibility for treatment in the Mass Health System. I understand that my name, date of birth and social security number may be disclosed in order to determine my eligibility for the Mass. Health System.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Client’s Signature Date**

**Programa de PAATHS**

**Bureau de Prevención, Tratamiento y Servicios de Recuperación de Adición**

**Comisión de Salud Pública de Boston**

**Documento de Registro**

**Fecha de hoy:**  \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Seguro Social:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección o última dirección de residencia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Código de área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ **Género:** \_\_ Masculino \_\_ Femenino \_\_ Transgénero

**Por favor indique su** origen étnico

 Nativo americano o Nativo de Alaska  Asiático Afro americano Nativo hawaiano u Nativo del Pacífico

 Blanco  Hispano/Latino  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preferencia de lenguaje(s):** \_\_\_\_ Inglés \_\_\_Español \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. ¿Qué tipo de seguro tiene usted?**

* Sin seguro
* MassHealth
* Privado/otro

**2. ¿Cuál es su substancia(s) preferida(s)? Favor seleccionar:**

* Alcohol
* Benzodiacepinas
* Barbitúrico
* Cocaína
* Crack
* Heroína
* Inhalantes
* Marihuana
* Metanfetamina
* Metadona sin receta
* Otros opioides
* PCP
* Otro (Favor describir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ¿Cuándo fue la última vez que uso?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. ¿Tiene historia de convulsiones?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**5. ¿Estás embarazada?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**6 ¿Usted toma medicamentos?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

* 1. **¿Los tienes con usted?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**7 ¿Estás en tratamiento de metadona o subexpone?**

**a. ¿Cuándo fue la última vez que tomo su dosis?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b. ¿Dónde?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. ¿Estás interesado en una prueba de VIH?** Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

**9. ¿Le interesaría aprender más sobre Narcan y sobredosis?** Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

**Autorización para averiguar elegibilidad a seguro medico**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a la Comisión de Salud Pública de Boston para verificar con el Sistema de Verificación de Elegibilidad de la División de Asistencia Médica (Medicaid) mi elegibilidad para tratamiento en el sistema de MassHealth. Yo entiendo que mi nombre, fecha de nacimiento y mi número de seguro social pueden ser compartidos para determinar mi elegibilidad para el sistema de MassHealth.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del cliente Fecha de Hoy**