Condado de San Bernardino Salud Mental
Servicios de Alcohol y Drogas

CLIENT REGISTRATION

Información Confidencial del Paciente
Vea el Código de Welfare & Institution 5328

(Escriba de forma legible)

Registración del Cliente: ☐ Actualización de Cliente: ☐ Iniciales de Entrada de datos: ☐

Número de Unidad de Informes: ☐☐☐☐☐☐☐

Número de Cliente: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Identificación del Personal ☐☐☐☐☐☐

1 _____ Apellido del Cliente _____ Primer Nombre del Cliente _____ Inicial _____ Generación

2 _____ Alias o Apellido (de Soltera) _____ Alias o Primer Nombre (de soltera) _____ Inicial _____ Generación

3 Fecha de Nacimiento: ☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐☐☐ Año

4 Sexo: ☐
F – Femenino
M – Masculino
D – Desconocido
O – Otro

5 Número de Seguro Social: (#, Z0, Z2,) ☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

6 CIN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7 Educación ☐☐

Indique el nivel de estudios más alto que completó.
Si es más alto de 20, use 20

00	Ninguno
01-20	Niveles de Grado
Z0	Cliente se negó a declarar
Z4	Cliente no puede responder

8 Discapacidad Circule y agregue los códigos de discapacidad de abajo: ☐☐

00	Ninguna	16	Discapacidades del Desarrollo
01	Impedimento visual severo	32	Otro impedimento físico
02	Impedimento auditivo severo	64	Mental
04	Impedimento del Habla	Z0	Cliente se negó a declarar
08	Impedimento Físico/Movilidad	Z4	Cliente no puede responder

9 Lenguaje Preferido: ☐

1	Inglés	5	Medio Este
2	Español	6	Lenguaje a señas
3	Asiático	7	Otro
4	Indonesio-Chino		

10 Grupo étnico: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A	Blanco/Caucásico	L	Filipino
B	Africano Americano	M	Otro Asiático
C	Americano Nativo	N	Otra Raza
D	México-Americano	O	Desconocido
E	Latinoamericano	P	Otro Sureste-Asiático
F	Otro Hispano	Q	Alaska Nativo
G	Chino	R	Indio Asiático
H	Vietnamés	S	Guameño
I	Laosiano	T	Hawaiano
J	Camboyano	U	Coreano
K	Japonés	V	Samoano

11 Origen Hispano: ☐

1	No hispano
2	Mexicano/México-Americano
3	Cubano
4	Puertorriqueño
5	Otro Hispano/Latino
6	Otro Hispano

12 Estado Civil: ☐ Tamaño de Familia: ☐☐

1	Nunca casado(a)
2	Casado(a)/Unión libre
3	Viudo(a)
4	Divorciado(a)/Disuelto
5	Separado(a)
6	Desconocido

13: _____ Apellido de Nacimiento del Cliente _____ Nombre de Nacimiento del Cliente

14. Lugar de Nacimiento: Condado ☐☐ Estado ☐☐

15. Primer Nombre de la Madre: _____

16. Licencia de Manejo (#/Z0/Z2/Z4): ☐☐☐☐☐☐☐☐ (Estado /Z0/Z2/Z4: ☐☐

17. Domicilio del Cliente: _____
Nombre de la Calle

_____
Ciudad Estado C.P. Teléfono

18. _____ Nombre de otra Persona Importante _____ Relación _____ Teléfono

_____
Domicilio de la otra Persona Importante

Completado por: _____ Fecha: _____

REGISTRACION DEL CLIENTE

Artículo 4 - Sexo — **Escriba** "**F**" para Femenino, "**M**" para Masculino, "**O**" Otro o **"D"** para Desconocido

Artículo7 - Educación — Escriba el número indicando el nivel del **grado más alto** que completó. Si el nivel de grado más alto es mayor a 20, ponga "20", ponga Z0 si el cliente se niega a declarar o Z4 si el cliente no puede responder

Artículo 8 - Discapacidad — La sección 503 del Acto de Rehabilitación Federal de 1973 define "discapacidad "como un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más de las actividades más importantes en la vida de un individuo, tiene record de ese impedimento, o esta consiente de tener tal impedimento.
Agregue los códigos de números para crear la suma de todas las discapacidades físicas del cliente, como el cliente las declara, y escriba el total en los cuadros correspondientes.

Artículo 9 - Lenguaje preferido — Escriba el **código** el cual representa mejor el lenguaje preferido del cliente, esto es, el lenguaje que el cliente preferiría hablar, como lo ha reportado el cliente.

Artículo 10 – Grupo étnico — Escriba el código que mejor represente el grupo étnico del cliente como **el cliente** lo ha identificado

Artículo 11 - Origen Hispano — Escriba el número apropiado de los códigos de origen hispano enumerados abajo para indicar los antecedentes hispanos del cliente así como los identifico el cliente.

Artículo 12 - Estado Civil — Escriba el número apropiado de los códigos de estado civil enumerados para indicar el estado civil actual del cliente.

Artículo 13 – Nombre de Nacimiento del Cliente — Escriba el nombre dado al nacer.

Artículo 14 – Lugar de Nacimiento — Escriba el Condado/Estado de Nacimiento. Refiérase a las tablas del Condado/Estado o la guía de colección de información CalOMS. Z3 es para ser escrito en el área del Condado si el cliente no nació en California y en el área del Estado si el cliente no nació en ninguno de los 50 Estados de la nación o en el Distrito de Columbia.

Artículo 15 – Primer Nombre de la Madre — Escriba el primer nombre de la madre

Artículo 16 – DL (Licencia de Manejo) — Escriba el número de la licencia de manejo y el Estado donde se emitió la licencia.

Artículo 17 - Domicilio de Casa — Escriba el **domicilio de casa** del cliente. Si el cliente no tiene vivienda, use el procedimiento estándar del departamento y escriba la dirección como: 700 E. Gilbert Street, San Bernardino, CA 92415.

Artículo 18 - Otra persona Importante — Escriba el **nombre, parentesco, número de teléfono y domicilio,** de cualquier persona quien tenga una relación importante con el cliente. Las relaciones actualmente son definidas:

Padre Madre Hijo Hija	Esposo Esposa Hermano Hermana	Pariente Guardián Representante Legal Abogado	Amigo(a) Pareja Empleador Ministro	Terapeuta Director Médico Doctor Cuidado de Hospedaje	Psicoanalítico Agente de periodo de prueba Agente de libertad condicional Otro

Completado Por — El trabajador de admisión **firma y fecha** la forma.

Z0 = Cliente se niega a declarar	**Z2 = No aplica**	**Z3 = Otro**	**Z4 = Clientes de desintoxicación solamente**

NOTA: El código "Z4" (Cliente no puede responder) solo es permisible para ciertas preguntas y SOLAMENTE cuando el cliente esta codificado en la evaluación de Registración del Cliente como teniendo una Discapacidad Física de "Discapacidades de Desarrollo" o inscrito en el programa de desintoxicación.