



Información de servicios al cliente (CSI): Evaluación

Apellido de nacimiento	Primer nombre de nacimiento	Segundo nombre de nacimiento
------------------------	-----------------------------	------------------------------

Nombre de la madre	Condado con responsabilidad financiera	Condado de nacimiento	Estado de nacimiento
--------------------	----------------------------------------	-----------------------	----------------------

País de nacimiento	
--------------------	--

Población especial

Tratamiento Asistido para Pacientes Ambulatorios (AB1421)	<input type="checkbox"/>
Plan Individualizado de Educación (IEP requerido) (AB3632)	<input type="checkbox"/>
Iniciativa de Servicios para Personas sin Hogar del gobernador (GHI)	<input type="checkbox"/>
Servicios específicos del plan de Asistencia Social para el Trabajo	<input type="checkbox"/>
Sin servicios para poblaciones especiales	<input type="checkbox"/>

Cantidad de adultos dependientes mayores de 18 años de los cuales el cliente se ocupa o es responsable al menos el 50 % del tiempo

Etnicidad según CSI	No hispano/latino	<input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/>	Hispano/latino	<input type="checkbox"/>
---------------------	-------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Código de necesidad de admisión	Emergencia	<input type="checkbox"/>	Planificada (autorización previa)	<input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

¿El consumo de sustancias está afectando la salud mental?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No se sabe	<input type="checkbox"/>
¿Las discapacidades de desarrollo están afectando la salud mental?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No se sabe	<input type="checkbox"/>
¿Los trastornos físicos están afectando la salud mental?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No se sabe	<input type="checkbox"/>

Estado legal/de tutela

Tutela temporal	<input type="checkbox"/>	Ley Lanterman-Petris-Short	<input type="checkbox"/>
Murphy	<input type="checkbox"/>	Libertad condicional	<input type="checkbox"/>
PC2974	<input type="checkbox"/>	Representante del beneficiario sin tutela	<input type="checkbox"/>
Tribunal de menores/en tutela del estado	<input type="checkbox"/>	Tribunal de menores/infractor menor en custodia	<input type="checkbox"/>
Tribunal de menores/infractor juvenil en custodia	<input type="checkbox"/>	No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/>
No corresponde	<input type="checkbox"/>		

Mes/año de nacimiento		Idioma de preferencia	
-----------------------	--	-----------------------	--

Cantidad de niños menores de 18 años de los cuales el cliente se ocupa o es responsable al menos el 50 % del tiempo

Raza					
------	--	--	--	--	--