

Apellido:		Nombre:		Iniciales del Segundo Nombre:		Apellido de la madre:	
Otros nombres por los que se le conoce:			Teléfono de la casa:		Teléfono del trabajo:		Fecha de Nacimiento:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:	No. Del Seguro Social	Años de Educación: (0-20)		¿Esta usted embarazada? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
Estado Civil: 1-Nunca casado 2-Casado /viviendo juntos 3-viuda 4-Divorciado/ disolución 5-Separado 9- No Sabe							
Dirección (incluyendo la zona postal): (¿Sin casa/ o lugar para vivir? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No)							
Para los menores, Nombre del padre o guardián:			Relación con el menor:		teléfono:		
En caso de emergencia, notifique a (Nombre, dirección y teléfono):							
¿Tiene usted un tutor (Conservatorship: Persona encargada de hacer decisiones por usted)? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Nombre de la persona:							
Seguro Médico (Marque todas las que aplican): <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Otro HMO <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Otros seguro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro							
Si es Medi-Cal—su número de Medi-Cal:				Condado de su Medi-Cal:			
Lugar de trabajo:				Escuela :			
¿Quien lo envió a la clínica? : <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Probación <input type="checkbox"/> CFS <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre/ Guardián Tutor/conservator/Familia. <input type="checkbox"/> Prop. 36 <input type="checkbox"/> Parole <input type="checkbox"/> Cal-WORKs <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> AB2726 <input type="checkbox"/> AB2034							
Servicios que desea: <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Ayuda con los beneficios <input type="checkbox"/> Drogas /Alcohol <input type="checkbox"/> Otros							
¿Es usted veterano o actualmente miembro del servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Si su respuesta es SI, ¿esta usted actualmente recibiendo beneficios de veteranos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (OA siga el Procedimiento)							
¿Fue alguna vez un cliente del Centro Regional, también conocido en ingles como Regional Center ? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Esta usted buscando servicios para reunificación familiar o custodia del niño? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Fue enviado a los servicios por la oficina de Probación o Parole o por la corte? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Esta buscando servicios porque tiene una demanda en contra suya? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Esta usted actualmente recibiendo tratamiento para su salud mental o para problemas con el alcohol o la droga? : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
¿Donde? :							
¿Cuántos niños menores de 18 años tiene usted, el cliente, bajo su cuidado?				¿Cuántos adultos dependientes tiene usted, el cliente, bajo su cuidado?			
Código de servicios especiales a la población: <input type="checkbox"/> A = Servicio de Asistencia Y Tratamiento en Consulta Externa (AB 1421) <input type="checkbox"/> C = Servicios Requeridos según el Plan Individualizado de Educación (IEP siglas en ingles) (AB 3632) Código del Distrito Escolar:_____referirse a la lista del condado <input type="checkbox"/> G = Servicios según la Iniciativa del Gobernador para las Personas sin Hogar (GHI siglas en ingles) <input type="checkbox"/> N = Ningún servicio especial <input type="checkbox"/> W = Servicios especificados en el programa: Trabajo para el Bienestar (Welfare-to-work siglas en ingles)							
Déjenos saber porque esta usted aquí y la ayuda que le gustaría recibir:							

**FORMA DE CONTACTO INICIAL**  
**Condado de San Bernardino**  
**Departamento de Salud Mental y Comportamiento**  
**Información Confidencial del Cliente**  
**Vea el Codigo W&I 5328**

**NOMBRE:**  
**GRAFICO #:**  
**FECHA DE NACIMIENTO:**  
**PROGRAMA:**

Describa su uso y si ha tenido problemas con el alcohol o las drogas:																																				
Fecha:	Nombre de la persona que completo esta forma:																																			
Discapacidad Física: (Por favor circule todas las que apliquen)																																				
<input type="checkbox"/> 00 = Ninguna <input type="checkbox"/> 01 = Impedimento Visual Severo <input type="checkbox"/> 02 = Impedimento del oído severo <input type="checkbox"/> 04 = Impedimento del Habla <input type="checkbox"/> 08 = Impedimento Físico/Movilidad <input type="checkbox"/> 16 = Discapacidad del Desarrollo (es decir. epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental, etc.) <input type="checkbox"/> 32 = Otros impedimentos Físicos (o enfermedad no puesta en una lista encima es decir, pérdida de miembros superiores, diabetes, hipertensión, cáncer, drogadicción, alcoholismo, etc)																																				
99 = No sabe																																				
Lengua Primaria: _____	Lengua preferida: _____																																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>A = Inglés</td> <td>H = Camboyano</td> <td>O = Ilocano</td> <td>V = Ruso</td> <td>3 = Otras Señales</td> </tr> <tr> <td>B = Español</td> <td>I = Lenguaje de Señales</td> <td>P = Mien</td> <td>W = Portugués</td> <td>4 = Otros Chinos</td> </tr> <tr> <td>C = Dialecto Chino</td> <td>J = Otro</td> <td>Q = Hmong</td> <td>X = Italiano</td> <td>9 = No sabe</td> </tr> <tr> <td>D = Japonés</td> <td>K = Cantones</td> <td>R = Turquíes</td> <td>Y = Árábigo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E = Dialecto Filipino</td> <td>L = Coreano</td> <td>S = Hebreo</td> <td>Z = Samoano</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F = Vietnamita</td> <td>M = Mandarín</td> <td>T = Frances</td> <td>1 = Thai</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G = Laosiano</td> <td>N = Armenio</td> <td>U = Polaco</td> <td>2 = Farsi</td> <td></td> </tr> </table>		A = Inglés	H = Camboyano	O = Ilocano	V = Ruso	3 = Otras Señales	B = Español	I = Lenguaje de Señales	P = Mien	W = Portugués	4 = Otros Chinos	C = Dialecto Chino	J = Otro	Q = Hmong	X = Italiano	9 = No sabe	D = Japonés	K = Cantones	R = Turquíes	Y = Árábigo		E = Dialecto Filipino	L = Coreano	S = Hebreo	Z = Samoano		F = Vietnamita	M = Mandarín	T = Frances	1 = Thai		G = Laosiano	N = Armenio	U = Polaco	2 = Farsi	
A = Inglés	H = Camboyano	O = Ilocano	V = Ruso	3 = Otras Señales																																
B = Español	I = Lenguaje de Señales	P = Mien	W = Portugués	4 = Otros Chinos																																
C = Dialecto Chino	J = Otro	Q = Hmong	X = Italiano	9 = No sabe																																
D = Japonés	K = Cantones	R = Turquíes	Y = Árábigo																																	
E = Dialecto Filipino	L = Coreano	S = Hebreo	Z = Samoano																																	
F = Vietnamita	M = Mandarín	T = Frances	1 = Thai																																	
G = Laosiano	N = Armenio	U = Polaco	2 = Farsi																																	
Grupo Étnico con el cual se identifica más (CSI = Race): elija hasta 5 _____																																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>A = Anglo</td> <td>H = Vietnamita</td> <td>L = Filipino</td> <td>R = Samoano</td> </tr> <tr> <td>B = Afro-Americano</td> <td>I = Laosiano</td> <td>N = Otro</td> <td>S = Indio Asiático</td> </tr> <tr> <td>C = Nativo Americano</td> <td>J = Camboyano</td> <td>O = Desconocida</td> <td>T = Nativo de Hawaii</td> </tr> <tr> <td>G = Chino</td> <td>K = Japonés</td> <td>Q = Coreano</td> <td>U = Guameño</td> </tr> </table>		A = Anglo	H = Vietnamita	L = Filipino	R = Samoano	B = Afro-Americano	I = Laosiano	N = Otro	S = Indio Asiático	C = Nativo Americano	J = Camboyano	O = Desconocida	T = Nativo de Hawaii	G = Chino	K = Japonés	Q = Coreano	U = Guameño																			
A = Anglo	H = Vietnamita	L = Filipino	R = Samoano																																	
B = Afro-Americano	I = Laosiano	N = Otro	S = Indio Asiático																																	
C = Nativo Americano	J = Camboyano	O = Desconocida	T = Nativo de Hawaii																																	
G = Chino	K = Japonés	Q = Coreano	U = Guameño																																	
Grupo étnico de origen hispano																																				
<input type="checkbox"/> Y = Si <input type="checkbox"/> N = No <input type="checkbox"/> U = No sabe																																				
Nombre de la Madre:	Nombre de nacimiento del cliente:																																			
Lugar de Nacimiento: Condado: _____	Estado : _____ Pais: _____																																			
Nombre de la persona más allegada con usted:	tipo de relación: _____ Teléfono: _____																																			
Dirección donde vive la persona más allegada a usted:																																				
Empleo: (circule uno)																																				
<input type="checkbox"/> 1 = Tiempo complete <input type="checkbox"/> 8 = Escuela <input type="checkbox"/> 15 = No en la fuerza de trabajo <input type="checkbox"/> 2 = Medio tiempo <input type="checkbox"/> 12 = No esta trabajando (buscando) <input type="checkbox"/> 16 = No sabe <input type="checkbox"/> 4 = Ama de Casa <input type="checkbox"/> 13 = No esta trabajando (no esta buscando)																																				
<input type="checkbox"/> Se recibió un Folleto del Beneficiario y la Lista de Proveedores. Entiendo que puedo obtener un folleto y la lista de proveedores mediante solicitud de mi parte.																																				

**FORMA DE CONTACTO INICIAL**  
**Condado de San Bernardino**  
**Departamento de Salud Mental y Comportamiento**  
**Información Confidencial del Cliente**  
**Vea el Codigo W&I 5328**

**NOMBRE:**  
**GRAFICO #:**  
**FECHA DE NACIMIENTO:**  
**PROGRAMA:**

El Sistema de Información de Cliente y Servicio (CSI):

Todas las personas a quienes se les da servicio en los programas de tratamiento deben reportarse al Sistema de CSI. Esto incluye tanto clientes de Medi-Cal como los que no son de Medi-Cal, y a las personas que reciben servicios mediante practicantes privados que estaban anteriormente en el Sistema de Pago-Por-Servicio.

A continuación hay una lista de Distritos Escolares actualmente identificados dentro del Condado de San Bernardino. El sistema es capaz de aceptar cualquiera de los Códigos de Distritos Escolares del Estado de California, dado el caso que el niño o niña vive en otro condado.

El Código del Distrito Escolar es obligatorio para cualquier Cliente AB donde se haya introducido el código "C" de Población Especial.

<b>Código CDS</b>	<b>Nombre de la Escuela</b>
3667587	Adelanto
3667595	Alta Loma
3675077	Unificada de Apple Valley
3673858	Unificada de Baker Valley
3667611	Unificada de Barstow
3667637	Unificada de Bear Valley
3667645	Central
3667652	Unión Conjunta de Chaffey
3667678	Unificada de Chino Valley
3667686	Unificada Conjunta de Colton
3667694	Cucamonga
3667702	Etiwanda
3667710	Unificada de Fontana
3667736	Helendale
3675044	Unificada de Hesperia
3675051	Unificada de Lucerne Valley
3667777	Unificada de Morongo
3667785	Mountain View
3667793	Conjunta de Mt. Baldy
3667801	Unificada de Needles
3637819	Ontario - Montclair
3667827	Oro Grande
3667843	Unificada de Redlands
3667850	Unificada de Rialto
3667868	Unificada de Rim of The World
3667876	Ciudad de San Bernardino
3610363	Educación Especial del Condado de San Bernardino
3673890	Unificada de Silver Valley
3673957	Unificada Conjunta de Snowline
3667892	Unificada Conjunta de Trona
3675069	Unificada de Upland
3667918	Primaria de Victor
3667926	Colegio Universitario Municipal de Victor Valley
3667934	Preparatoria Unida de Victor Valley
3667959	Unificada Conjunta de Yucaipa - Calimesa

Publicado el: 23 de enero de 2008