

02 不在客户家中进行的远程医疗	10 客户家中的远程医疗	15 行动单元	27 外展站点/街道	52 精神病院-部分住院	58 非住宅鸦片类药物治疗设施
03 学校	11 DBH/承包商现场 - 办公室	16 临时住宿	31 专业护理设施	55 住宅护理/社区治疗设施	99 其他服务地点
04 无家可归者收容所	12 家中	20 紧急护理设施	33 监护护理设施	56 精神病治疗中心	
09 监狱	14 团体之家	23 急诊室 - 医院	51 住院精神病患者设施	57 非住宅 SA 治疗设施	

日期：

计费时间：

地点：

服务类型：评估

以下所有项目均必须填写（即使填写 N/A 或“不适用”）。

(第一次或第二次就诊时完成；可由 LPHA 或非 LPHA 完成)

资源需求（适合客户的愿望和文化）

收入： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

食物： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

住房： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

医疗保健： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

教育： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

工作/志愿工作/工作准备： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

托儿： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

交通： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

法律咨询： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

移民援助： 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

其他 不需要 描述需求和建议/计划：_____ 客户此时拒绝帮助

日期：_____ 提供者签名：_____ 提供者书写姓名：_____

日期：_____ 客户签名：_____ 客户书写姓名：_____

客户资源评估

San Bernardino县

行为健康部

保密患者信息请参阅 W&I 代码 5328

姓名：

病历编号：

出生日期：

计划：