

02 Telesalud fuera del domicilio del cliente	10 Telesalud en el domicilio del cliente	15 Unidad móvil	27 Centro de divulgación/ Calle	52 Centro psiquiátrico - Hospitalización parcial	58 Centro de tratamiento de opioides- no residencial
03 Escuela	11 DBH/Sitio del contratista - Oficina	16 Alojamiento temporal	31 Centro de enfermería especializada	55 Centro de atención residencial/Centro de tratamiento comunitario	99 Otro lugar de servicio
04 Refugio para personas sin hogar	12 Hogar	20 Centro de urgencias	33 Centro de custodia	56 Centro de Investigación psicológica y terapia	
09 Cárcel	14 Hogar comunitario	23 Sala de emergencias - Hospital	51 Centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados	57 Centro de tratamiento de abuso de sustancias- no residencial	

FECHA: TIEMPO DE FACTURACIÓN: UBICACIÓN: TIPO DE SERVICIO: **EVALUACIÓN**

TODOS LOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER COMPLETADOS (INCLUSO CON N/A O "NO DISPONIBLE").
(Completar en la primera o segunda visita; puede ser completado por LPHA o por alguien que no sea LPHA)

NECESIDADES DE RECURSOS (adecuado a los deseos y la cultura del cliente)

INGRESOS: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

ALIMENTACIÓN: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

VIVIENDA: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

ATENCIÓN MÉDICA: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

EDUCACIÓN: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

TRABAJO/TRABAJO VOLUNTARIO/PREPARACIÓN PARA EL TRABAJO: ☐ No hay necesidad

Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

CUIDADO INFANTIL: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

TRANSPORTE: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

ASESORAMIENTO LEGAL: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

ASISTENCIA DE INMIGRACIÓN: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

OTRO: ☐ No hay necesidad Describir la necesidad y la recomendación/el plan: _____

_____ ☐ El cliente rechaza la ayuda en este momento.

Fecha: _____ Firma del proveedor: _____ Nombre impreso del proveedor: _____

Fecha: _____ Firma del cliente: _____ Nombre impreso del cliente: _____

EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DEL CLIENTE

Condado de San Bernardino
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
Información confidencial del paciente
Véase el Código W&I 5328

NOMBRE:

N.º DE EXPEDIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA: