|  |
| --- |
| نموذج معلومات العميل |
| **CLIENT INFORMATION FORM (ARABIC)** |
| **DIVISION:** [ ]  AOABH [ ]  CYBH [ ]  PEI  | **FACILITY:**  |
| **Date:**       | [ ]  **INTAKE** [ ]  **UPDATE** |
| **المرجو استيفاء البيانات بخط واضح على قدر الإمكان و بالتفصيل** |
|  |
| [ ]  وليّ الأمر Guardian  | **[ ]** الأب/الأم Parent  | **[ ]** العميل Client  | **الشخص الذي يعبي بيانات الاستمارة:** Person Filling Out Form: |
| **[ ]** غير ذلك           Other  | [ ]  الطبيب/الطبيب النفسي Clinician  |  |
|  |
|        |  |        |  |        |
| الاسم الاوسطMiddle Name |  | الاسم الاول First Name |  | اسم العائلةLast Name |
|  |
|        |  |        |  |       |
| الاسم الممنوح عند الميلاد [ ]  مثل المذكور اعلاهSame as Above Birth Name |  | الاسم قبل الزواجMaiden Name |  | الاسم الذي تحبذ ان تدعى بهName You Prefer to Be Called |
|  |
| **هل انت شخصياً او احد افراد عائلتك خدم في الجيش؟**Have you or an immediate family member ever served in the US Military? |
| **تعريف العائلة من الدرجة الأولى: والد(ة)، شقيق(ة)، ابن(ة) (ولادة/تبنّي/ربيب)** |
|  **[ ]**  **انا شخصيّاً و احد افراد عائلتي**Both Self & Immediate Family  |  **[ ]**  **قريب من الدرجة الأولى**Immediate Family  |  **[ ]**  **انا شخصياً فقط**Self Only  |
|  **[ ]**  **غير معلوم**Unknown  |  **[ ]**  **ممتنع عن التحديد**Decline to State  |  **[ ]**  **لا احد**None  |
|  |
|  | \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | رقم الضمان الاجتماعيSocial Security Number |  | تاريخ الميلادDate of Birth |
|  |
| **جنس**Gender |
| [ ]  من ذكر إلى أنثىMale to Female  | [ ]  من أنثى إلى ذكرFemale to Male  |  المتحولين جنسيا: | [ ]  ذكرMale  |  [ ]  أنثىFemale  |
| [ ]  **غير ذلك**            Other  | [ ]  ممتنع عن التحديدDecline to State  |  [ ]  غير معلومUnknown  |
|  |
| **التوجه الجنسي**Sexual Orientation |
| [ ]  مِثليهLesbian  | [ ]  متباين الجنسHeterosexual  | [ ]  مِثلي الجنسGay  |  [ ]  ثنائي الجنسBisexual  |
| [ ]  غير ذلك           Other  | [ ]  ممتنع عن التحديدDecline to State  |  [ ]  مستفهم الجنسQuestioning  |

|  |
| --- |
| **الضمائر الجنسية المفضلة**Preferred Gender Pronouns |
| **[ ]**  **هم/إياهم/خاصتهم**They / Them / Theirs  | **[ ]**  **هي/إياها/خاصتها**She / Her / Hers  | **[ ]**  **هو/إياه/خاصته**He / Him / His  |
| [ ]  غير ذلك            Other  | **[ ]**  **ممتنع عن التحديد** Decline to State  |
|  |
| [ ]  نعمYes  | [ ]  لاNo  | **هل استخدمت اسماء اخرى من قبل؟**Have You Gone by Other Names in the Past? |
|  |
|       |  |       |
| الاسم الذي كنت تدعى به ثانياً (العائلي، الاول، الاوسط) Previous Name #2 (Last, First, MI) |  | الاسم الذي كنت تدعى به اولاً (العائلي، الاول، الاوسط) Previous Name #1 (Last, First, MI) |

|  |  |
| --- | --- |
| *CLIENT DEMOGRAPHICS* | **بيانات العميل** |
|  |
|       |  |       |  |       |
| محل الإقامة الحالي Where Are You Currently Living? |  | ولاية الاصدار State of Issue |  | رقم رخصة القيادة/بطاقة التعريف الصادرة من الولاية Driver’s License / State ID Number |
|  |
|       |  |       |
| [ ]  شقة [ ]  الِوحدة [ ]  جناح Suite Unit Apt  |  | عنوان المراسلة (شارع او صندوق البريد)Mailing Address (Street or PO Box) |
|  |
|       |  |       |  |    |  |       |
| المقاطعة التي تقيم فيهاCounty of Residence |  | الرمز البريديZip |  | الولايةState |  | المدينةCity |
|  |
|       |  |       |
| [ ]  شقة [ ]  الِوحدة [ ]  جناح Suite Unit Apt  |  | العنوان الذي تقيم فيه الآن [ ]  نفس عنوان المراسلةSame as Mailing Address Street Address Where You Are Currently Living  |
|  |
|  |       |  |       |  |       |
|  | الرمز البريدي Zip |  | الولاية State |  | المدينة City |
|  |
|       |  |       |  |       |
| هاتف العمل /رقم التوصيلةBusiness Phone / Ext |  | الهاتف المحمولCell Phone |  | رقم الهاتف المنزليHome Phone |
|  |
|       |  |       |  |       |
| البلد التي ولدت فيهاCountry of Birth |  | ولاية الولادة في الولايات المتحدةUS State of Birth |  | تاريخ الميلادCA County of Birth |

|  |  |
| --- | --- |
| *LANGUAGE / RELIGION* | **اللغة/الديانة** |
|  |
|       |  |       |
| اللغة الثانيةSecondary Language |  | اللغة الاساسيةPrimary Language |
|  |
|       |  |       |
| لغة العائلةFamily Language |  | اللغة المفضلةPreferred Language |
|  |
|       |  | [ ]  لا اتكلمNone  | [ ]  محدودLimited  | [ ]  بطلاقةFluent  |
| الديانة المحبذةReligious Preference |  | درجة اتقان التحدث باللغة الانجليزيةEnglish Verbal Proficiency |
|  |
|  *ETHNICITY* | الأصل العرقي |
|  |
| [ ]  غير معلومUnknown  | [ ]  لاNo  | [ ]  نعمYes  | **هل انت من اصل اسباني، هسباني، او لاتيني؟** Are You Spanish, Hispanic or Latino? |
|  |
|  **اذكر صفتين تحددان الاصل العرقي. ضع "1" للأصلي و"2" للثانوي/للفرعي** Please Indicate Up to Two Ethnicities That Best Describe You: **“1”** for Primary and **“2”** for Secondary |
|  |
| باكستانيPakistani | \_\_\_ | هوائي الأصلHawaiian Native | \_\_\_ | أليوتيّAleut | \_\_\_ |
| فلسطنيPalestinian | \_\_\_ | هسباني غير: حددـــــــــــــــــــHispanic-Other | \_\_\_ | جزائريAlgerian | \_\_\_ |
| من بورتوريكوPuerto Rican | \_\_\_ | هندي (اسيوي)Indian (Asian) | \_\_\_ | أميريجيانAmerasian | \_\_\_ |
| من سامواSamoan | \_\_\_ | ايرانيIranian | \_\_\_ | بنغلاديشيBangladeshi | \_\_\_ |
| صوماليSomalian | \_\_\_ | عراقيIraqi | \_\_\_ | اسود/امريكي من اصل افريقيBlack / African-American | \_\_\_ |
| من أمريكا الجنوبية أوالوسطىSouth or Central American | \_\_\_ | يابانيJapanese | \_\_\_ | كمبوديCambodian | \_\_\_ |
| اسبانيSpanish | \_\_\_ | كوريKorean | \_\_\_ | قوقازي/ أوروبي/ أبيضCaucasian/European/White | \_\_\_ |
| من سري لانكاSrilankan | \_\_\_ | لاوسيLaotian | \_\_\_ | صينىChinese | \_\_\_ |
| تايلانديThai | \_\_\_ | لبنانيLebanese | \_\_\_ | من كوباCuban | \_\_\_ |
| فيتناميVietnamese | \_\_\_ | مكسيكيMexican | \_\_\_ | مصريEgyptian | \_\_\_ |
| **غير معلوم**Unknown | \_\_\_ | من خذر امريكية اصليةNative American | \_\_\_ | اسكيموEskimo | \_\_\_ |
| ممتنع عن التحديدDecline to State | \_\_\_ | اسيوي آخر           Other Asian | \_\_\_ | فلبينيFilipino | \_\_\_ |
| غير ذلك            Other | \_\_\_ | من جزر المحيط الهادئPacific Islander | \_\_\_ | غوامينيGuamanian | \_\_\_ |
| ليس من هوائي/جوام/سامووا(Not Hawaiian / Guamanian / Samoan) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *FAMILY INFORMATION* | **معلومات عن العائلة** |
|  |
| الحالة الزوجية للعميلClient Marital Status |
| [ ]  **منفصل**Separated  | [ ]  **مطلق**Divorced  | [ ]  **متزوج**Married  | [ ]  **غير مرتبط**Single  |
|  | [ ]  **الشراكة المحلية في المعيشة**Domestic Partnership  | [ ]  **ارمل/ارملة**Widowed  |
|  |
| **حتّى عمر ١٧** Through Age 17 | أنت تعتبر الراعي الأساسي لكم عدد من الأشخاص؟For how many people are you the Primary Caregiver? |
| **١٨ أو أكبر** 18 or Older | **تعريف الراعي الأساسي: يأخذ ٥٠ % أو أكثر من وقتك** |
|  |
|       |  |       |  |       |
| الاسم الاوسط للأمMother’s Middle Name |  | الاسم الاول للأمMother’s First Name |  | الاسم العائلي للأمMother’s Last Name |
|  |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |       |
|  |  | تاريخ ميلاد الأمMother’s Date of Birth |  | اسم الأم قبل الزواجMother’s Maiden Name |
|  |
|       |  |       |  |       |
| الاسم الاوسط للأبFather’s Middle Name |  | الاسم الاول للأبFather’s First Name |  | الاسم العائلي للأبFather’s Last Name |
|  |
| *CLIENT EMPLOYMENT INFORMATION* | **معلومات عن وظيفة العميل** |
|  |
| **يرجى تحديد الخيار الأكثر دقّة الذي يصف حالتك الوظيفية الحالية**Please select the option that best describes your current employment status: |
| [ ]  طالب Student | [ ]  غير تنافسي، دوام كامل (>٣٤ ساعة/الأسبوع) Non-Competitive F/T (>34hrs/wk) | [ ]  تنافسي، دوام كامل (>٣٤ ساعة/الأسبوع) Competitive F/T (>34hrs/wk) |
| [ ]  رب/ربة منزل Homemaker | [ ]  غير تنافسي، نصف دوام (<٣٤ ساعة/الأسبوع) Non-Competitive P/T (<34hrs/wk) | [ ]  تنافسي، نصف دوام (<٣٤ ساعة/الأسبوع) Competitive P/T (<34hrs/wk) |
| [ ]  غير ذلك            Other | [ ]  مقيم/سجين Resident / Inmate | [ ]  باحث بجدية عن عمل Actively Looking | [ ]  متطوّع Volunteer | [ ]  متقاعد Retired |
| **تعريف الوظيفة التنافسية والغير تنافسية:** الوظيفة التنافسية =**وظيفة مدفوعة الأجر في المجتمع وهذه الوظيفة متاحة أيضاً للأفراد اللذين لا يعانون من إعاقات. قد تشمل هذه المجموعة وظائف فيها خدمات دعم مستمرة لها علاقة بالوظيفة داخل أو خارج مكان العمل (وظائف مدعومة).** الوظائف الغير تنافسية = **وظائف مدفوعة الأجر في المجتمع وهذه الوظائف متاحة فقط للأفراد اللذين يعانون من إعاقات.**  |
|  |
|       |  |       |
| صاحب العملEmployer |  | الوظيفةOccupation |

|  |  |
| --- | --- |
| *CLIENT SCHOOL INFORMATION* | **معلومات مدرسة العميل** |
|  |
| **أعلى مستوى دراسي تم الحصول عليه**Highest Education Completed: |
| [ ]  الصف الخامس 5th Grade | [ ]  الصف الرابع 4th Grade | [ ]  الصف الثالث 3rd Grade | [ ]  الصف الثاني 2nd Grade | [ ]  الصف الأول 1st Grade | [ ]  الحضانة Kindergarten |
| [ ]  الصف الحادي عشر 11th Grade | [ ]  الصف العاشر 10th Grade | [ ]  الصف التاسع 9th Grade | [ ]  الصف الثامن 8th Grade | [ ]  الصف السابع 7th Grade | [ ]  الصف السادس 6th Grade |
| [ ]  درجة المنتسبين Associate Degree | [ ]  السنة الأولى في الجامعة 1st Year College | [ ]  الصف الثاني عشر (ثانوية عامة أو ثانوية صناعية) 12th Grade (HS Grad or GED) |
| [ ]  درجة الماجستير Master’s Degree | [ ]  السنة الأولى في الدراسات العليا 1st Year Grad Work | [ ]  درجة البكالوريوس Bachelor’s Degree | [ ]  السنة الثالثة في الجامعة 3rd Year College |
| [ ]  غير ذلك            Other | [ ]  **غير معلوم** Unknown | [ ]  **لا احد** None | [ ]  درجة الدكتوراه Doctorate | [ ]  السنة الثالثة في الدراسات العليا 3rd Year Grad Work |
|  |
|       |  |       |  |       |
| رقم هاتف الشخصContact’s Phone Number |  | اسم شخص مسئول في المؤسسة التعليمية يمكننا الاتصال بهName of School Contact |  | اسم المؤسسة التعليمية الملتحق بهاName of School Attending |

|  |  |
| --- | --- |
| *GENERAL MEDICAL CONDITIONS* | **الحالات الطبية العامة** |
|  |
| يرجى الإشارة إلى أي حالة طبية عامة. ضع "1" للحالات الأساسية و "2" للحالات الثانويةضع علامة اختيار بجوار أية حالات طبية عامة إضافية إذا كان لديك أكثر من حالتين (2).Please Indicate Any General Medical Conditions: List **“**1**”** for Primary and **“**2**”** for Secondary.Place a check mark next to any additional General Medical Conditions if you have more than two (2). |
| متلازمة النفق الرسغيCarpal Tunnel Syndrome | \_\_\_\_ | المريض ينفي أي حالات طبيةPatient Denies Any Medical Conditions | \_\_\_\_ |
| مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | \_\_\_\_ | الحساسيةAllergies | \_\_\_\_ |
| التليف الكبديCirrhosis | \_\_\_\_ | فقر الدمAnemia | \_\_\_\_ |
| الاضطرابات الخلقيةCongenital Disorders | \_\_\_\_ | تصلب الشرايينArterial Sclerotic Disease | \_\_\_\_ |
| فشل القلب الاحتقانيCongestive Heart Failure | \_\_\_\_ | الربوAsthma | \_\_\_\_ |
| التليف الكيسيCystic Fibrosis | \_\_\_\_ | آلام الظهر / الرقبةBack / Neck Pain | \_\_\_\_ |
| الصمم/ضعف السمعDeaf / Hearing Impaired | \_\_\_\_ | العمى/ضعف البصرBlind / Visually Impaired | \_\_\_\_ |
| الخرفDementia | \_\_\_\_ | اضطراب الدم (بخلاف فقر الدم)Blood Disorder (other than Anemia) | \_\_\_\_ |
| اضطراب الجلد/الآفات الجلديةDermatologic Disorder / Skin Lesions | \_\_\_\_ | السرطانCancer | \_\_\_\_ |

تابع في الصفحة التالية

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ضمور العضلاتMuscular Dystrophy | \_\_\_\_ | داء السكريDiabetes | \_\_\_\_ |
| مشكلة العضلات والعظام (ليس الظهر/الرقبة)Musculoskeletal Problem (not back / neck) | \_\_\_\_ | اضطراب الجهاز الهضميDigestive Disorder | \_\_\_\_ |
| الاضطراب العصبيNeurologic Disorder | \_\_\_\_ | التهاب الأذنEar Infections | \_\_\_\_ |
| البدانةObesity | \_\_\_\_ | اضطراب الغدد الصماءEndocrine Disorder | \_\_\_\_ |
| الفصال العظميOsteoarthritis | \_\_\_\_ | الصرع/النوباتEpilepsy / Seizures | \_\_\_\_ |
| هشاشة العظامOsteoporosis | \_\_\_\_ | مشاكل المرارةGall Bladder Problems | \_\_\_\_ |
| الألم (المزمن)Pain (Chronic) | \_\_\_\_ | اضطراب الجهاز البولي التناسليGenitourinary Disorder | \_\_\_\_ |
| مرض الشلل الرعاشParkinson’s Disease | \_\_\_\_ | ارتجاع المريء المُعديGERD | \_\_\_\_ |
| الإعاقة الجسديةPhysical Disability | \_\_\_\_ | الصداع) غير الصداع النصفي(Headaches (not Migraines) | \_\_\_\_ |
| الصدفيةPsoriasis | \_\_\_\_ | مرض القلبHeart Disease | \_\_\_\_ |
| الفشل الكلوي/مرضRenal Failure / Disease | \_\_\_\_ | التهاب الكبدHepatitis | \_\_\_\_ |
| التهاب المفاصل الروماتيزميRheumatologic Arthritis | \_\_\_\_ | ارتفاع الكولسترولHypercholesterolemia | \_\_\_\_ |
| الاضطراب الروماتيزميRheumatologic Disorder | \_\_\_\_ | الدهونHyperlipidemia | \_\_\_\_ |
| المرض المنقول بالاتصال الجنسي (STD)Sexually Transmitted Disease (STD) | \_\_\_\_ | ارتفاع ضغط الدمHypertension | \_\_\_\_ |
| السكتة الدماغيةStroke | \_\_\_\_ | زيادة نشاط الغدةHyperthyroid | \_\_\_\_ |
| طنين الأذنTinnitus | \_\_\_\_ | القصور الدرقيHypothyroid | \_\_\_\_ |
| قرحة المعدةUlcers | \_\_\_\_ | الاضطراب المناعيImmunologic Disorder | \_\_\_\_ |
| نقص الوزنUnderweight | \_\_\_\_ | العقمInfertility | \_\_\_\_ |
| غير ذلك           Other | \_\_\_\_ | الصداع النصفيMigraines | \_\_\_\_ |
| غير معروف / غير قادر على التقييمUnknown / Not Able to Assess | \_\_\_\_ | التصلب المتعددMultiple Sclerosis | \_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *REFERRAL INFORMATION* | **بيانات عن المرجع** |
|  |
| كيف تعرفت على خدماتنا؟      How did you find out about our services? |
|  |
| *EMERGENCY CONTACTS* | **التواصل في حالة الطوارئ** |
| *Who should we contact in case of an emergency?* | من يمكننا الاتصال به في حالة الطوارئ؟ |
|  |
| **الشخص الأولي (صلة العميل بهذا الشخص)**       Primary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| العنوانAddress |  | الاسم (العائلي، الاول)Name (Last, First) |
|  |
|       |  |    |  |       |
| الرمز البريديZip |  | الولايةState |  | المدينةCity |
|  |
|       |  |       |  |       |
| رقم الهاتف المنزليHome Phone |  | هاتف العمل /رقم التوصيلةBusiness Phone / Ext. |  | الهاتف المحمولCell Phone |
|  |
| **الشخص الثانوي (صلة العميل بهذا الشخص)**       Secondary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| العنوانAddress |  | الاسم (العائلي، الاول)Name (Last, First) |
|  |
|       |  |    |  |       |
| الرمز البريديZip |  | الولايةState |  | المدينةCity |
|  |
|       |  |       |  |       |
| رقم الهاتف المنزليHome Phone |  | هاتف العمل /رقم التوصيلةBusiness Phone / Ext. |  | الهاتف المحمولCell Phone |

|  |  |
| --- | --- |
| *CONSERVATORSHIP* | **الوصاية** |
|  |
|  هل انت تحت الوصاية؟[ ]  نعم [ ]  لا [ ]  **غير معلوم**Are You on Conservatorship? Yes No Unknown  |
|  |
|       | علاقة العميل بالوصيّClient Relationship to Conservator |
|  |
|       |  |       |  |       |
| الاسم الاوسط للوصيّConservator Middle Name |  | الاسم الاول للوصيّConservator First Name |  | الاسم العائلي للوصيّConservator Last Name |
|  |
|       |  |       |
| [ ]  شقة [ ]  الِوحدة [ ]  جناح Suite Unit Apt  |  | عنوان المراسلة للوصيّ (شارع او صندوق البريد)Conservator Mailing Address (Street or PO Box) |
|  |
|       |  |    |  |       |
| الرمز البريديZip |  | الولايةState |  | عنوان المراسلة للوصيّ ـ المدينةConservator Mailing Address City |
|  |
|       |  |       |  |       |
| رقم الهاتف المنزليHome Phone |  | هاتف العمل /رقم التوصيلةBusiness Phone / Ext. |  | الهاتف المحمولCell Phone |
|  |
|       |  |       |
| رقم الحالة المسجلة في المحكمةCourt Case Number |  | **هل الوصيّ خاص ام معين من قبل هيئة عامة؟**Is Conservator PAPG or Private? |
|  |

**قف**

آخر صفحتين لموظفى العيادة فقط.

 يرجى اعادة هذه الأواق لموظفى المكتب الأمامي.

|  |
| --- |
| **FOR CLINICIAN USE ONLY** |
|  |
| **CLIENT DEMOGRAPHICS** | **Admission Living Arrangement** |
| [ ] 1-12 (Group Home Level) [ ] 13-14 (Group Home Level) [ ] Acute Psychiatric Inpatient[ ] Board and Care [ ] Cerritos College Hospital[ ] Coastal Community Hospital[ ] Convalescent Home [ ] Costa Mesa College Hospital[ ] Daily Support Req in House/Apt[ ] Extended Care West Anaheim[ ] Extended Care Westminster[ ] Foster Care[ ] Homeless/No Identifiable Res.[ ] IMD (Institution for Mental Disease) | [ ] Jail/Correctional Facility[ ] JH (Juvenile Hall)[ ] Joplin Youth Camp[ ] Kaiser Hospital[ ] Medical Hospital[ ] MHRC (MH Rehab Center)[ ] No Support Req in House/Apt [ ] Non-Contracted Facility[ ] OCFC (Orangewood)[ ] Out of State Res Tx Center[ ] Parent/Guardian Home (Minor)[ ] Prison [ ] Psychiatric Hospital - Other[ ] Psychiatric Residential Tx Center | [ ] Regional Center Group Home[ ] Residential/Recovery Facility[ ] Res Rehabilitation Facility[ ] RFE (Res Facility for the Elderly)[ ] Room and Board[ ] RTRC (Santa Ana Royale)[ ] Shelter[ ] SNF (Skilled Nursing)[ ] Sober Living Home[ ] Social Rehab Facility[ ] Some Support Req in House/Apt [ ] State Hospital[ ] STEPs MHRC[ ] STEPs Res Rehab Facility | [ ] Supported Housing[ ] UCI Med Center[ ] VA Hospital[ ] WMA (West Med – Anaheim)[ ] YGC (Youth Guidance Center)[ ] YLA (Youth Leadership Academy)[ ] Unknown/Not Reported [ ] Other:       |
|  |
|  **SCHOOL INFORMATION** | For Educationally Related Mental Health Services (ERMHS) |
| **ERMHS Referral**: | [ ] No | [ ] Yes | **Home School District:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Special Education Eligibility** (per IEP) | **[ ]** Not Applicable |
| **[ ]** Autism | **[ ]** Deaf-Blind | [ ] Deaf/Hard of Hearing | **[ ]** Developmental Delays (Ages 3-9) | **[ ]** Emotionally Disturbed |
| **[ ]** Limited IQ | **[ ]** Non-Cat/Med Condition (0-5) | **[ ]** Orthopedically Impaired | **[ ]** Other Health Impaired |
| [ ] Specific Learning Disability | [ ] Speech & Language Impaired | [ ] Traumatic Brain Injury | [ ] Visually Impaired |
|  |
| **Special Education Setting** (per IEP) | **[ ]** Not Applicable |
| [ ] Home Instruction | **[ ]** Non-Public School | **[ ]** Regular Classroom | **[ ]** RSP (Resource Specialized Program) | **[ ]** SDC (Special Day Class) |
| **[ ]** State School | **[ ]** Other |
|  |
| **ENCOUNTER INFORMATION** |  |
| **Program Specialty** |  | [ ] Not Applicable | Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **BHS Special Population** | **[ ] CalWORKS**  | **[ ] None** |
|  |
| **TX TEAM INFORMATION** |  |
| **HCA Providers** | (Last Name, First Name) |
|  |  |  |  |  |  |
| Psychiatrist / Nurse Practitioner |  | Medical Physician / Nurse Practitioner |  | Care Coordinator / Case Manager |
|  |  |  |  |  |  |
| Clinician |  | Auxiliary Service Provider |  | Auxiliary Provider Type |
|  |  |  |  |  |  |
| Service Chief / Program Director |  | CYS MHSA Tx Provider Type |  |  |  |
|  |
| **LEGAL INFORMATION** |  |
| **Court / Conservator Status** |  |
| [ ] PC2974 | [ ] Probate 1400 | [ ] W300 Juvenile Dependent | [ ] W5008 (Murphy Conservator) | [ ] W5353 (Temp Conservator) |
| **[ ]** W5358 LPS Conservator | [ ] W5686 | **[ ]** W601 Juvenile Status Ward | **[ ]** W602 Juvenile Ward | [ ] N/A | **[ ]** Unknown/Not Reported  |
|  |
| **W & I Code Legal Class** |  |
| **[ ]** Other - Civil Involuntary Status | **[ ]** Other - Criminal Involuntary Status | **[ ]** PC1026 | **[ ]** PC1370 | **[ ]** PC2684 | [ ] PC47.6, 47.8 |  |
| **[ ]** Sexual Psychopathy / Related Categories | **[ ]** W5150 | **[ ]** W5250 | **[ ]** W5260 | **[ ]** W5270.15 | **[ ]** W5300 | **[ ]** W5585 | **[ ]** W6000 | **[ ]** W709 |
| [ ] N/A | **[ ]** Unknown/Not Reported  |  |
|  |
| **EOC INFORMATION**  |  |
| **EOC Start Date** | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **EOC Name**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FOR SAME DAY ADMISSION AND DISCHARGE**  |  |
| **Behavioral Health Treatment Linkage / Referral** |  |
| [ ] ADAS Community Support | [ ] AMHS STEPs LPS | [ ] CYS Youth Resource Center |
| [ ] ADAS Medical Detox | [ ] AMHS STEPs MHRC | [ ] Domestic Violence Shelter |
| [ ] ADAS Outpatient | [ ] ASO (Administrative Services Organization) | [ ] Out of County Behavioral Health Service |
| [ ] ADAS Residential | [ ] CYS CAST | [ ] Non-Profit Organization |
| [ ] ADAS Social Detox | [ ] CYS CAT | [ ] PCP (Primary Care Physician) |
| [ ] AMHS Adult Outpatient Services  | [ ] CYS CCPU | [ ] PEI OC CREW |
| [ ] AMHS Collaborative Court | [ ] CYS CEGU OCFC | [ ] Psychiatrist Private |
| [ ] AMHS Extended Care West | [ ] CYS CEGU Probation | [ ] Residential Tx Center for Children  |
| [ ] AMHS Extended Care West Anaheim | [ ] CYS Contract Regional Outpatient | [ ] Student Health Service |
| [ ] AMHS FSP   | [ ] CYS County Regional Outpatient | [ ] Therapist Private |
| [ ] AMHS LPS Unit (Lanterman - Petris - Short) | [ ] CYS CSP Children’s Residential Program | [ ] VA Health Care |
| [ ] AMHS Recovery Center  | [ ] CYS FSP  |  |
| [ ] AMHS OAS (Older Adult Services) | [ ] CYS Juvenile Drug Court | [ ] Client Declined Referral |
| [ ] AMHS PACT(Program Assertive Community Treatment) | [ ] CYS OC CAPC (In Home Crisis) | [ ] Client Unavailable for Referral |
| [ ] AMHS PACT TAY | [ ] CYS Phoenix Academy | [ ] N/A No Referral |
| [ ] AMHS Royale MHRC | [ ] CYS SCCS TAY Crisis Residential Program | [ ] Other  |
| [ ] AMHS Royale TRC | [ ] CYS SCCS TAY Social Rehabilitation Program |  |
| [ ] AMHS SHOPP | [ ] CYS Touchstones |  |
|  |
| **Discharge Reason** |  |
| [ ] Client Declined Services | [ ] Hospitalized | [ ] Linked to BHS Contract Provider | [ ] Linked to BHS Provider | [ ] Linked to non-BHS Provider |
| [ ] Does Not Meet Medical Necessity (NOA) | [ ] Does Not Meet Program Criteria | [ ] Other:  |
|  |
|  |  |
| **Facility EOC / Discharge Date**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **EOC Name**  | ­­­­­­­­­­­­ |
|  |
|  **Provider Signature:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Office Staff** |
|  **Initials** |  |
|  **Print / Type Name:**  |  **Date Processed:**  |  **\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |