|  |
| --- |
| فرم اطلاعات مراجع |
| **CLIENT INFORMATION FORM (FARSI)** |
| **DIVISION:** [ ]  AOABH [ ]  CYBH [ ]  PEI  | **FACILITY:**  |
| **Date:**       | [ ]  **INTAKE** [ ]  **UPDATE** |
| **لطفاً خوانا بنویسید و اطلاعات زیر را تا آنجا که میتوانید کامل کنید** |
|  |
| [ ]  قیم (سرپرست)Guardian  | **[ ]** پدر یا مادرParent  | **[ ]** مشتری (بیمار)Client  | **شخصی که فرم را پر میکند:** Person Filling Out Form: |
| **[ ]** سایر موارد            Other  | [ ]  درمانگرClinician  |  |
|  |
|        |  |        |  |        |
| نام میانیMiddle Name |  | نامFirst Name |  | نام خانوادگیLast Name |
|  |
|        |  |        |  |       |
| نام در زمان تولد [ ]  همانند (اطلاعات) بالاSame as Above Birth Name |  | نام خانوادگی قبل از ازدواجMaiden Name |  | نامی که دوست دارید به آن صدایتان کنندName You Prefer to Be Called |
|  |
| **آیا خودتان و یا فردی از خانواده تان هیچوقت در ارتش خدمت کرده اید؟**Have you or an immediate family member ever served in the US Military? |
| **تعریف خانواده درجه یک: پدر و مادر، خواهر و برادر، فرزند (از تولد/به فرزندی پذیرفته/فرزند خوانده)** |
|  **[ ]**  **هم خود و هم خانواده درجه یک**Both Self & Immediate Family  |  **[ ]**  **خانواده درجه یک**Immediate Family  |  **[ ]**  **فقط خود شخص**Self Only  |
|  **[ ]**  **ناشناخته**Unknown  |  **[ ]**  **نمیخواهم بگویم**Decline to State  |  **[ ]**  **هیچ**None  |
|  |
|  | \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | شماره تامین اجتماعی (شماره سوشال سکیوریتی)Social Security Number |  | تاریخ تولدDate of Birth |
|  |
| **جنسیت**Gender |
| [ ]  مذکر به مؤنث (مرد به زن)Male to Female  | [ ]  مؤنث به مذکر (زن به مرد)Female to Male  |  تراجنسی: | [ ]  مذکر (مرد)Male  |  [ ]  مؤنث (زن)Female  |
| [ ]  **سایر موارد**            Other  | [ ]  نمیخواهم بگویمDecline to State  |  [ ]  ناشناختهUnknown  |
|  |
| **گرایش جنسی**Sexual Orientation |
| [ ]  لزبینLesbian  | [ ]  دگر جنس گراHeterosexual  | [ ]  همجنس گراGay  |  [ ]  دو جنس گراBisexual  |
| [ ]  سایر موارد           Other  | [ ]  نمیخواهم بگویمDecline to State  |  [ ]  پرسشگرQuestioning  |

|  |
| --- |
| **کلمه ای که ترجیح میدهید از نظر جنسیت در مورد شما استفاده شود: آقای، خانم،** Preferred Gender Pronouns |
| **[ ]**  **آنها / ایشان**They / Them / Theirs  | **[ ]**  **او / وی (زن)**She / Her / Hers  | **[ ]**  **او / وی (مرد)**He / Him / His  |
| [ ]  سایر موارد            Other  | **[ ]**  **نمیخواهم بگویم**Decline to State  |
|  |
| [ ]  بلهYes  | [ ]  نهNo  | **آیا در گذشته از نام دیگری استفاده کرده اید؟**Have You Gone by Other Names in the Past? |
|  |
|       |  |       |
| نام قبلی شماره 2(نام خانوادگی، نام، نام میانی)Previous Name #2 (Last, First, MI) |  | نام قبلی شماره 1(نام خانوادگی، نام، نام میانی)Previous Name #1 (Last, First, MI) |

|  |  |
| --- | --- |
| *CLIENT DEMOGRAPHICS* | **اطلاعات مربوط به مشتری (بیمار)** |
|  |
|       |  |       |  |       |
| در حال حاضر کجا زندگی میکنید؟Where Are You Currently Living? |  | ایالت صدورState of Issue |  | شماره گواهینامه/کارت شناسائی ایالتیDriver’s License / State ID Number |
|  |
|       |  |       |
| [ ]  آپارتمان [ ]  واحد [ ]  شماره سوئیت Suite Unit Apt  |  | نشانی پستی (خیابان یا صندق پستی) Mailing Address (Street or PO Box) |
|  |
|       |  |       |  |    |  |       |
| شهرستان (کانتی) محل اقامتCounty of Residence |  | کد پستیZip |  | ایالتState |  | شهرCity |
|  |
|       |  |       |
| [ ]  آپارتمان [ ]  واحد [ ]  شماره سوئیت Suite Unit Apt  |  | نشانی خیابانی محلی که در حال حاضر زندگی میکنید [ ]  همانند نشانی پستیSame as Mailing Address Street Address Where You Are Currently Living  |
|  |
|  |       |  |       |  |       |
|  | کد پستیZip |  | ایالت State |  | شهر City |
|  |
|       |  |       |  |       |
| شماره محل کار/شماره داخلیBusiness Phone / Ext |  | تلفن دستیCell Phone |  | تلفن منزلHome Phone |
|  |
|       |  |       |  |       |
| کشور محل تولدCountry of Birth |  | ایالت محل تولد در ایالات متحده امریکاUS State of Birth |  | شهرستان (کانتی) محل تولد در کالیفرنیاCA County of Birth |

|  |  |
| --- | --- |
| *LANGUAGE / RELIGION* | **زبان / مذهب** |
|  |
|       |  |       |
| زبان دومSecondary Language |  | زبان اول (اصلی) Primary Language |
|  |
|       |  |       |
| زبان خانوادهFamily Language |  | زبان ترجیحی شماPreferred Language |
|  |
|       |  | [ ]  هیچNone  | [ ]  محدودLimited  | [ ]  مسلطFluent  |
| مذهب مورد ترجیحReligious Preference |  | آشنائی به زبان گفتاری انگلیسیEnglish Verbal Proficiency |
|  |
|  *ETHNICITY* | قومیت |
|  |
| [ ]  ناشناختهUnknown  | [ ]  نهNo  | [ ]  بلهYes  | **آیا اسپانیائی، هیسپانیک و یا لاتینو هستید؟** Are You Spanish, Hispanic or Latino? |
|  |
| لطفاً دو قومیت که به بهترین وجهی شما را تعریف میکنند علامت بزنید: "1" اولیه و "2" ثانویه Please Indicate Up to Two Ethnicities That Best Describe You: **“1”** for Primary and **“2”** for Secondary |
|  |
| پاکستانیPakistani | \_\_\_ | اهالی بومی هاوائیHawaiian Native | \_\_\_ | آلوئتAleut | \_\_\_ |
| فلسطینیPalestinian | \_\_\_ | هیسپانیک – سایر           Hispanic-Other | \_\_\_ | الجزایریAlgerian | \_\_\_ |
| پورتوریکوئیPuerto Rican | \_\_\_ | هندی (آسیائی) Indian (Asian) | \_\_\_ | آسیائی-آمریکائیAmerasian | \_\_\_ |
| ساموآئیSamoan | \_\_\_ | ایرانیIranian | \_\_\_ | بنگلادشیBangladeshi | \_\_\_ |
| سومالیائیSomalian | \_\_\_ | عراقیIraqi | \_\_\_ | سیاه پوست / افریقائی-آمریکائیBlack / African-American | \_\_\_ |
| اهل آمریکای جنوبی یا مرکزیSouth or Central American | \_\_\_ | ژاپنیJapanese | \_\_\_ | کامبوجیCambodian | \_\_\_ |
| اسپانیائیSpanish | \_\_\_ | کره ایKorean | \_\_\_ | قفقازی/اروپائی/سفید پوستCaucasian/European/White | \_\_\_ |
| سریلانکائیSrilankan | \_\_\_ | لائوسیLaotian | \_\_\_ | چینیChinese | \_\_\_ |
| تایلندیThai | \_\_\_ | لبنانیLebanese | \_\_\_ | کوبائیCuban | \_\_\_ |
| ویتنامیVietnamese | \_\_\_ | مکزیکیMexican | \_\_\_ | مصریEgyptian | \_\_\_ |
| **ناشناخته**Unknown | \_\_\_ | بومی امریکائیNative American | \_\_\_ | اسکیموEskimo | \_\_\_ |
| نمیخواهم بگویمDecline to State | \_\_\_ | سایر آسیائی ها           Other Asian | \_\_\_ | فیلیپینیFilipino | \_\_\_ |
| سایر موارد            Other | \_\_\_ | اهالی جزایر اقیانوس آرامPacific Islander | \_\_\_ | اهل گوامGuamanian | \_\_\_ |
| (اهل هاوائی/گوام/ساموآ نیستید)(Not Hawaiian / Guamanian / Samoan) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *FAMILY INFORMATION* | **اطلاعات در مورد خانواده** |
|  |
| وضعیت ازدواج مشتری (بیمار)Client Marital Status |
| [ ]  **از هم جدا شده**Separated  | [ ]  **طلاق گرفته**Divorced  | [ ]  **مزدوج (ازدواج کرده)**Married  | [ ]  **مجرد**Single  |
| [ ]  **مشارکت خانگی**Domestic Partnership  | [ ]  **بیوه**Widowed  |
|  |
| **در طی سن 17 سالگی** Through Age 17 | برای چند نفر مراقب اولیه هستید؟For how many people are you the Primary Caregiver? |
| **سال یا بیشتر 18** 18 or Older | **تعریف مراقب اولیه: %50 یا بیشتر از وقتتان** |
|  |
|       |  |       |  |       |
| نام میانی مادرMother’s Middle Name |  | نام مادرMother’s First Name |  | نام خانوادگی مادرMother’s Last Name |
|  |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |       |
|  |  | تاریخ تولد مادرMother’s Date of Birth |  | نام خانوادگی مادر قبل از ازدواجMother’s Maiden Name |
|  |
|       |  |       |  |       |
| نام میانی پدرFather’s Middle Name |  | نام پدرFather’s First Name |  | نام خانوادگی پدرFather’s Last Name |
|  |
| *CLIENT EMPLOYMENT INFORMATION* | **اطلاعات اشتغال مراجع** |
|  |
| **لطفأ گزینه ای که وضعیت اشتغال کنونی شما را بهتر تعریف مینماید را انتخاب فرمائید**Please select the option that best describes your current employment status: |
| [ ]  محصل Student | [ ]  غیر هماوردی تمام وقت (>34 ساعت / هفته) Non-Competitive F/T (>34hrs/wk) | [ ]  هماوردی تمام وقت (>34 ساعت / هفته) Competitive F/T (>34hrs/wk) |
| [ ]  خانه دار Homemaker | [ ]  غیر هماوردی پاره وقت (<34 ساعت / هفته) Non-Competitive P/T (<34hrs/wk) | [ ]  هماوردی پاره وقت (<34 ساعت / هفته) Competitive P/T (<34hrs/wk) |
| [ ]  سایر موارد  Other  | [ ]  بیمار / بستری Resident / Inmate | [ ]  جویندۀ کار Actively Looking | [ ]  داوطلب Volunteer | [ ]  بازنشسته Retired |
| تعریف اشتغال هماوردی و غیر هماوردیاشتغال هماوردی = **اشتغال با درامد در جامعه، در موقعیت شغلی که برای افراد بدون معلولیت نیز امکن پذیر است. این میتواند شامل مشاغلی با خدمات حمایتی در محل یا خارج از محل کار باشد. (اشتغال با پشتیبانی)**اشتغال غیر هماوردی = **اشتغال با درامد در جامعه، که فقط دسترس افراد با معلولیت میباشد** |
|  |
|       |  |       |
| کارفرماEmployer |  | شغلOccupation |

|  |  |
| --- | --- |
| *CLIENT SCHOOL INFORMATION* | **اطلاعات مربوط به مدرسه مشتری (بیمار)** |
|  |
| **بالاترین سطح تحصیلی تکمیل شده**Highest Education Completed: |
| [ ]  کلاس پنجم 5th Grade | [ ]  کلاس چهارم 4th Grade | [ ]  کلاس سوم 3rd Grade | [ ]  کلاس دوم 2nd Grade | [ ]  کلاس اول 1st Grade | [ ]  مهد کودک Kindergarten |
| [ ]  کلاس یازهم 11th Grade | [ ]  کلاس دهم 10th Grade | [ ]  کلاس نهم 9th Grade | [ ] کلاس هشتم 8th Grade | [ ] کلاس هفتم 7th Grade | [ ]  کلاس ششم 6th Grade |
| [ ]  فوق دیپلم Associate Degree | [ ]  سال اول دانشگاه  1st Year College | [ ]  کلاس دوازهم (دیپلمه دبیرستان یا GED)  12th Grade (HS Grad or GED) |
| [ ]  فوق لیسانس Master’s Degree | [ ]  سال اول فوق لیسانس 1st Year Grad Work | [ ]  لیسانس Bachelor’s Degree | [ ]  سال سوم دانشگاه 3rd Year College |
| [ ]  **سایر موارد**            Other  | [ ]  ناشناخته Unknown | [ ]  **هیچ** None | [ ]  دکترا Doctorate | [ ]  سال اول دکترا 3rd Year Grad Work |
|  |
|       |  |       |  |       |
| شماره تلفن فرد مورد تماسContact’s Phone Number |  | نام طرف تماس در مدرسهName of School Contact |  | نام مدرسه ای که به آن میرویدName of School Attending |

|  |  |
| --- | --- |
| *GENERAL MEDICAL CONDITIONS* | **شرایط عمومی پزشکی** |
|  |
| لطفاً تمامی بیماری های عمومی را مشخص کنید: برای مورد اولیه عدد «1» و برای مورد ثانویه عدد «2» را قرار دهیددر صورت وجود بیش از دو (2) مورد، در کنار موارد اضافی علامت تیک بزنید.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). |
| بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | \_\_\_\_ | بیمار داشتن هرگونه مشکل پزشکی را انکار میکندPatient Denies Any Medical Conditions | \_\_\_\_ |
| سیروزCirrhosis | \_\_\_\_ | آلرژیAllergies | \_\_\_\_ |
| اختلالات مادرزادیCongenital Disorders | \_\_\_\_ | کم خونیAnemia | \_\_\_\_ |
| نارسایی احتقانی قلبCongestive Heart Failure | \_\_\_\_ | تصلب شرایینArterial Sclerotic Disease | \_\_\_\_ |
| فیبروز سیستیکCystic Fibrosis | \_\_\_\_ | آسمAsthma | \_\_\_\_ |
| ناشنوا/کم شنواDeaf / Hearing Impaired | \_\_\_\_ | درد پشت / گردنBack / Neck Pain | \_\_\_\_ |
| زوال عقلDementia | \_\_\_\_ | نابینا / ناتوان از نظر بینائیBlind / Visually Impaired | \_\_\_\_ |
| اختلال/ضایعات‌ پوستیDermatologic Disorder / Skin Lesions | \_\_\_\_ | اختلالات خونی (به غیر کم‌خونی)Blood Disorder (other than Anemia) | \_\_\_\_ |
| دیابتDiabetes | \_\_\_\_ | سرطانCancer | \_\_\_\_ |
| اختلال گوارشیDigestive Disorder | \_\_\_\_ | سندرم تونل کارپالCarpal Tunnel Syndrome | \_\_\_\_ |

بقیه در صفحۀ بعد

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مشکل اسکلتی عضلانی (به غیر از پشت / گردن)Musculoskeletal Problem (not back / neck) | \_\_\_\_ | عفونت گوشEar Infections | \_\_\_\_ |
| اختلال نورولوژیکNeurologic Disorder | \_\_\_\_ | اختلال غدد درون ریزEndocrine Disorder | \_\_\_\_ |
| چاقیObesity | \_\_\_\_ | صرع/تشنجEpilepsy / Seizures | \_\_\_\_ |
| استئوآرتریتOsteoarthritis | \_\_\_\_ | مشکلات کیسه صفراGall Bladder Problems | \_\_\_\_ |
| پوکی استخوانOsteoporosis | \_\_\_\_ | اختلال دستگاه ادراری تناسلیGenitourinary Disorder | \_\_\_\_ |
| درد (مزمن)Pain (Chronic) | \_\_\_\_ | بازگشت اسید به مریGERD | \_\_\_\_ |
| بیماری پارکینسونParkinson’s Disease | \_\_\_\_ | سردرد (به غیر از میگرن)Headaches (not Migraines) | \_\_\_\_ |
| معلولیت جسمیPhysical Disability | \_\_\_\_ | بیماری قلبیHeart Disease | \_\_\_\_ |
| پسوریازیسPsoriasis | \_\_\_\_ | هپاتیتHepatitis | \_\_\_\_ |
| نارسایی/بیماری کلیهRenal Failure / Disease | \_\_\_\_ | هیپرکلسترولمیHypercholesterolemia | \_\_\_\_ |
| آرتریت روماتولوژیکRheumatologic Arthritis | \_\_\_\_ | هیپرلیپیدمیHyperlipidemia | \_\_\_\_ |
| اختلال روماتولوژیکRheumatologic Disorder | \_\_\_\_ | فشار خون بالاHypertension | \_\_\_\_ |
| بیماری های آمیزشی (STD)Sexually Transmitted Disease (STD) | \_\_\_\_ | پرکاری تیروئیدHyperthyroid | \_\_\_\_ |
| سکته مغزیStroke | \_\_\_\_ | کم کاری تیروئیدHypothyroid | \_\_\_\_ |
| وزوز گوشTinnitus | \_\_\_\_ | اختلال دستگاه ایمنیImmunologic Disorder | \_\_\_\_ |
| اولسرهاUlcers | \_\_\_\_ | ناباروریInfertility | \_\_\_\_ |
| کم بودن وزنUnderweight | \_\_\_\_ | میگرنMigraines | \_\_\_\_ |
| سایر موارد           Other | \_\_\_\_ | ﻣﻮﻟﺘﯿﭙﻞ اﺳﮑﻠﺮوزﯾﺲMultiple Sclerosis | \_\_\_\_ |
| **نا معلوم / غیر قابل ارزیابی یا تشخیص**Unknown / Not Able to Assess | \_\_\_\_ | دیستروفی ماهیچه ایMuscular Dystrophy | \_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *REFERRAL INFORMATION* | **اطلاعات رجوع** |
|  |
| در مورد خدمات ما از چه طریقی باخبر شدید؟      How did you find out about our services? |

|  |
| --- |
|  |
| *EMERGENCY CONTACTS* | **فرد یا افراد برای تماس در مواقع اضطراری یا اورژانس** |
| *Who should we contact in case of an emergency?* | در صورت وضعیت اضطراری یا اورژانس با چه کسی تماس بگیریم؟ |
|  |
| **فرد اصلی برای تماس** **(نسبت مشتری/بیمار با این فرد)**      Primary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| نشانیAddress |  | نام (نام خانوادگی، نام)Name (Last, First) |
|  |
|       |  |    |  |       |
| کد پستیZip |  | ایالتState |  | شهرCity |
|  |
|       |  |       |  |       |
| تلفن منزلHome Phone |  | شماره محل کار/شماره داخلیBusiness Phone / Ext. |  | تلفن دستیCell Phone |
|  |
| **فرد دوم برای تماس (نسبت مشتری/بیمار با این فرد)**       Secondary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| نشانیAddress |  | نام (نام خانوادگی، نام)Name (Last, First) |
|  |
|       |  |    |  |       |
| کد پستیZip |  | ایالتState |  | شهرCity |
|  |
|       |  |       |  |       |
| تلفن منزلHome Phone |  | شماره محل کار/شماره داخلیBusiness Phone / Ext. |  | تلفن دستیCell Phone |

|  |
| --- |
|  |
| *CONSERVATORSHIP* | **سرپرستی قانونی** |
|  |
| آیا تحت سرپرستی قانونی هستید؟[ ]  بله [ ]  نه [ ]  **ناشناخته**Are You on Conservatorship? Yes No Unknown  |
|  |
|       | نسبت مشتری (بیمار) با سرپرست قانونیClient Relationship to Conservator |
|  |
|       |  |       |  |       |
| نام میانی سرپرست قانونیConservator Middle Name |  | نام سرپرست قانونیConservator First Name |  | نام خانوادگی سرپرست قانونیConservator Last Name |
|  |
|       |  |       |
| [ ]  آپارتمان [ ]  واحد [ ]  شماره سوئیت Suite Unit Apt  |  | نشانی پستی سرپرست قانونی (نشانی خیابان یا صندوق پستی)Conservator Mailing Address (Street or PO Box) |
|  |
|       |  |    |  |       |
| کد پستیZip |  | ایالتState |  | نشانی پستی سرپرست قانونی - شهرConservator Mailing Address City |
|  |
|       |  |       |  |       |
| تلفن منزلHome Phone |  | شماره محل کار/شماره داخلیBusiness Phone / Ext. |  | تلفن دستیCell Phone |
|  |
|       |  |       |
| شماره پرونده دادگاهCourt Case Number |  | **آیا سرپرستی قانونی دولتی ( PAPG ) یا خصوصی است؟**Is Conservator PAPG or Private? |
|  |

**توقف**

دو صفحه آخر فقط برای استفاده در کلینیک است. لطفاً این بسته را به کارکنان پذیرش بدهید.

**توقف**

دو صفحه آخر فقط برای استفاده در کلینیک است. لطفاً این بسته را به کارکنان پذیرش بدهید.

|  |
| --- |
| **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:**  |  **\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |