|  |
| --- |
| **클라이언트 정보 양식** |
| **CLIENT INFORMATION FORM (KOREAN)** |
| **DIVISION:** [ ]  AOABH [ ]  CYBH [ ]  PEI  | **FACILITY:**  |
| **Date:**       | [ ]  **INTAKE** [ ]  **UPDATE** |
| **(뚜렷한 인쇄체 글씨로, 아래에서 최대한 많은 정보를 기입하시기 바랍니다)** |
|  |
| **양식을 작성하는 사람:**Person Filling Out Form: | **[ ]** 내담자 Client | [ ]  부모 Parent | [ ]  보호자 Guardian | [ ]  의료인 Clinician | [ ]  기타            Other |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 성명의 성Last Name |  | 성명 중 이름First Name |  | 중간 이름Middle Name |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 당신이 불리고 싶은 이름Name You Prefer to Be Called |  | 결혼 전 이름Maiden Name |  | 출생시 이름 [ ]  위 내용과 같음Birth Name Same as Above |
|  |
| **당신 또는 가족 가운데 누군가 미국 군대에 복무한 적이 있습니까?**Have you or an immediate family member ever served in the US Military? |
| 직계가족의 정의: 부모, 형제자매, 자녀(직접 출산/입양/양자) |
| **[ ]**  본인만 해당 Self Only | **[ ]** 직계가족 Immediate Family | **[ ]**  자신 & 직계가족 Both Self & Immediate Family |
| **[ ]** 없음 None | **[ ]** 답변을 사양합니다 Decline to State | **[ ]** 알 수 없음 Unknown |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| **생년월일**Date of Birth |  | **사회보장번호**Social Security Number |  |
|  |
| **성별 :**Gender | [ ]  여성 Female | [ ]  남성 Male | [ ]  알 수 없음 Unknown | [ ]  답변을 사양합니다 Decline to State |
| 성전환자: | [ ]  여성에서 남성으로 Female to Male | [ ]  남성에서 여성으로 Male to Female | [ ]  기타            Other |
|  |
| **성적 취향 :**Sexual Orientation | [ ]  양성애자 Bisexual | [ ]  게이  Gay | [ ]  이성애자 Heterosexual | [ ]  레스비언 Lesbian |
|  | [ ]  질문하기 Questioning | [ ]  답변을 사양합니다 Decline to State | [ ]  기타            Other  |
| **어떠한 성별로 불리고 싶습니까 :**Preferred Gender Pronouns | **[ ]** 그/그에게/그의 He / Him / His | **[ ]** 그녀/그녀의/그녀의 것 She / Her / Hers |
| **[ ]** 그들/그들에게/그들의 것 They / Them / Theirs | **[ ]** 답변을 사양합니다 Decline to State | [ ]  기타            Other  |
|  |
| **당신은 과거에 다른 이름을 가진 적이 있습니까?**Have You Gone by Other Names in the Past? | [ ]  아니오 No | [ ]  예 Yes |
|  |
|       |  |       |
| 예전 이름 #1 (성, 이름, MI)Previous Name #1 (Last, First, MI) |  | 예전 이름 #2 (성, 이름, MI)Previous Name #2 (Last, First, MI) |
| **내담자의 인구학적 특성** | *CLIENT DEMOGRAPHICS* |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 운전면허/주 ID 번호Driver’s License / State ID Number |  | 발행 주State of Issue |  | 당신은 현재 어디에 거주하고 있습니까?Where Are You Currently Living? |
|       |  |       |
| 우편주소(스트리트 또는 PO 박스)Mailing Address (Street or PO Box) |  | [ ]  성향 [ ]  유니트 [ ]  스위트 # Apt Unit Suite # |
|       |  |    |  |       |  |       |
| 시티City | 주State | 우편Zip | 거주 카운티County of Residence |
|       |  |       |
| 당신이 현재 거주 중인 스트리트 주소 [ ] 우편주소와 같음Street Address Where You Are Currently Living Same as Mailing Address |  | [ ]  성향 [ ]  유니트 [ ]  스위트 # Apt Unit Suite # |
|       |  |       |  |       |  |
| 시티City |  | 주State |  | 우편Zip |
|       |  |       |  |       |
| 집 전화Home Phone |  | 이동전화Cell Phone |  | 업무용 전화/내선Business Phone |
|       |  |       |  |       |
| 출생 카운티(캐나다)CA County of Birth |  | 출생 주(미국)US State of Birth |  | 출생 국가Country of Birth |
| **언어/종교** | *LANGUAGE / RELIGION* |
|  |
|        |  |       |
| 주로 사용하는 언어Primary Language |  | 제2외국어Secondary Language |
|  |
|       |  |       |
| 선호하는 언어Preferred Language |  | 가족 언어Family Language |
|  |
|  [ ]  유창함 Fluent | [ ]  제한된 Limited | [ ]  없음 None |  |        |
| 영어 구사능력English Verbal Proficiency |  | 종교적인 선호Religious Preference |
|  |
| **민족** | *ETHNICITY* |
|  |
| **당신은 스페인계, 히스패닉 또는 라티노입니까?**Are You Spanish, Hispanic or Latino? | [ ]  예 Yes | [ ] 아니오 No | [ ]  알 수 없음 Unknown |
|  |
| **당신을 정의할 수 있는 민족을 최대 2개까지 지정하시기 바랍니다: "1"이 기본이며 "2"는 2차입니다**Please Indicate Up to Two Ethnicities That Best Describe You: **“1”** for Primary and **“2”** for Secondary |
|  |
| \_\_\_  | 알류트족Aleut | \_\_\_ | 이집트인Egyptian | \_\_\_ | 일본인Japanese |
| \_\_\_  | 알제리인Algerian | \_\_\_ | 에스키모Eskimo | \_\_\_ | 한국계Korean |
| \_\_\_  | 미국인과 아시아계 혼혈Amerasian | \_\_\_ | 필리핀인Filipino | \_\_\_ | 라오스인Laotian |
| \_\_\_  | 방글라데시인Bangladeshi | \_\_\_ | 괌인Guamanian | \_\_\_ | 레바논인Lebanese |
| \_\_\_  | 흑인/아프리카계 미국인Black / African-American | \_\_\_ | 하와이 본토 출신Hawaiian Native | \_\_\_ | 멕시코인Mexican |
| \_\_\_  | 캄보디아인Cambodian | \_\_\_ | 히스패닉-기타          Hispanic-Other | \_\_\_ | 아메리카 원주민Native American |
| \_\_\_  | 코카시안/유럽인/백인Caucasian/European/White | \_\_\_ | 인도인(아시아계)Indian (Asian) | \_\_\_ | 이 밖의 아시아계           Other Asian |
| \_\_\_  | 중국인Chinese | \_\_\_ | 이란인Iranian | \_\_\_ | 태평양 섬 출신Pacific Islander |
| \_\_\_  | 쿠바인Cuban | \_\_\_ | 이라크인Iraqi |  | (하와이/괌/사모아 주민이 아님)(Not Hawaiian / Guamanian / Samoan) |

**다음 장에 계속 연결됩니다**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_  | 파키스탄인Pakistani | \_\_\_ | 중남미 출신South or Central American | \_\_\_ | 알 수 없음Unknown |
| \_\_\_  | 팔레스타인Palestinian | \_\_\_ | 스페인어Spanish | \_\_\_ | 답변을 사양합니다Decline to State |
| \_\_\_  | 푸에르토리코인Puerto Rican | \_\_\_ | 스리랑카인Srilankan | \_\_\_ | 기타           Other  |
| \_\_\_  | 사모아인Samoan | \_\_\_ | 태국인Thai |  |  |
| \_\_\_  | 소말리아인Somalian | \_\_\_ | 베트남인Vietnamese |  |  |
|  |
| **가족 정보** | *FAMILY INFORMATION* |
|  |
| **내담자의 결혼 상태 :**Client Marital Status |
| [ ]  미혼 Single | [ ]  기혼 Married | [ ]  이혼 Divorced | [ ]  별거 Separated |
| [ ]  남편과 사별 Widowed | [ ]  동거 관계 Domestic Partnership |
|  |
| **보호자로서 부양하는 가족 인원수는 몇 명입니까?**For how many people are you the Primary Caregiver? | **17세까지** Through Age 17 |
| 보호자 정의: 할애하는 시간이 50% 이상 | **18세 이상** 18 or Older |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 어머니의 성Mother’s Last Name |  | 어머니의 이름Mother’s First Name |  | 어머니의 중간 이름Mother’s Middle Name |
|  |
|       |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 어머니의 결혼 전 이름Mother’s Maiden Name |  | 어머니의 생년월일Mother’s Date of Birth |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 아버지의 성Father’s Last Name |  | 아버지의 이름Father’s First Name |  | 아버지의 중간 이름Father’s Middle Name |

|  |  |
| --- | --- |
| **클라이언트 고용 정보** | *CLIENT EMPLOYMENT INFORMATION* |
|  |
| **해당하는 현재 취업 상태를 선택하십시오**Please select the option that best describes your current employment status: |
| [ ]  경쟁 풀타임 (> 34시간/주당) Competitive F/T (>34hrs/wk) | [ ]  비경쟁 풀타임 (>34 시간/주당) Non-Competitive F/T (>34hrs/wk) | [ ]  학생 Student |
| [ ]  경쟁 파트타임 (< 34시간/주당) Competitive P/T (<34hrs/wk) | [ ]  비경쟁 파트타임 (<34 시간/주당) Non-Competitive P/T (<34hrs/wk) | [ ]  주부 Homemaker |
| [ ]  정년퇴직자 Retired | [ ]  자원봉사자 Volunteer | [ ]  현재 구직 중 Actively Looking | [ ]  거주자/ 수감자 Resident / Inmate | [ ]  기타  Other |
| **경쟁 및 비경쟁 취업 정의****경쟁 취업** =지역사회에서 장애가 없는 개인에게 제공하는 유급 고용 자리. 현장 채용 및 현장 외에 제공되는 직업 관련 지원 서비스 (지원 고용) 를 포함 할 수 있음.**비경쟁 취업** =지역사회에서 장애가 있는 개인에게 제공하는 유급 고용 자리. |
|  |
|       |  |       |
| 직업Occupation |  | 고용주Employer |
|  |
| **내담자 학력 정보** | *CLIENT SCHOOL INFORMATION* |
|  |
| **최고 교육 수료**Highest Education Completed: |
| [ ] 유치원 Kindergarten | [ ]  1 학년 1st Grade | [ ]  2 학년 2nd Grade | [ ]  3 학년 3rd Grade | [ ]  4 학년 4th Grade | [ ]  5 학년 5th Grade |
| [ ]  6 학년 6th Grade | [ ]  7 학년 7th Grade | [ ]  8 학년 8th Grade | [ ]  9 학년 9th Grade | [ ]  10 학년 10th Grade | [ ]  11 학년 11th Grade |
| [ ]  12 학년 (고등학교 졸업 또는 검정고시) 12th Grade (HS Grad or GED) | [ ]  대학 1년 1st Year College | [ ]  준 학사 학위 Associate Degree |
| [ ]  대학 3년 3rd Year College | [ ]  학사 학위 Bachelor’s Degree | [ ]  대학원 1년 1st Year Grad Work | [ ]  석사 학위 Master’s Degree |
| [ ]  대학원 3년 3rd Year Grad Work | [ ]  박사 학위 Doctorate | [ ]  없음 None | [ ] 알 수 없음 Unknown | [ ] 기타  Other |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 재학중인 학교 이름Name of School Attending |  | 학교 연락인 이름Name of School Contact |  | 연락전화번호Contact’s Phone Number |

|  |  |
| --- | --- |
| **일반적인 의료 상태** | *GENERAL MEDICAL CONDITIONS* |
|  |
| **일반적인 질병이 있는 경우 표시하십시오. 주요 질병은 "1", 그 외는 "2"로 기재하면 됩니다.****당신에게 둘(2개) 이상 해당한다면 일반적인 의료상태에서 해당하는 모든 곳에 추가 체크 마크를 하시오**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). |
| \_\_\_\_ | 환자가 모든 의료 상태 제공을 거부함Patient Denies Any Medical Conditions | \_\_\_\_ | 치매Dementia |
| \_\_\_\_ | 알레르기Allergies | \_\_\_\_ | 피하 질환/피부 병변Dermatologic Disorder / Skin Lesions |
| \_\_\_\_ | 빈혈증Anemia | \_\_\_\_ | 당뇨Diabetes |
| \_\_\_\_ | 동맥경화증Arterial Sclerotic Disease | \_\_\_\_ | 소화 장애Digestive Disorder |
| \_\_\_\_ | 천식Asthma | \_\_\_\_ | 이염Ear Infections |
| \_\_\_\_ | 허리/목 통증Back / Neck Pain | \_\_\_\_ | 내분비질환Endocrine Disorder |
| \_\_\_\_ | 맹인/시각장애인Blind / Visually Impaired | \_\_\_\_ | 간질/발작Epilepsy / Seizures |
| \_\_\_\_ | 혈액 질환 (빈혈증 제외)Blood Disorder (other than Anemia) | \_\_\_\_ | 쓸개 질환Gall Bladder Problems |
| \_\_\_\_ | 암Cancer | \_\_\_\_ | 소화 장애Genitourinary Disorder |
| \_\_\_\_ | 수근관 증후군Carpal Tunnel Syndrome | \_\_\_\_ | 위식도역류질환GERD |
| \_\_\_\_ | 만성 폐쇄성 질환 (COPD)Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | \_\_\_\_ | 두통 (편두통이 아님)Headaches (not Migraines) |
| \_\_\_\_ | 간경변Cirrhosis | \_\_\_\_ | 심장질환Heart Disease |
| \_\_\_\_ | 선천성 장애Congenital Disorders | \_\_\_\_ | 간염Hepatitis |
| \_\_\_\_ | 선천성 심부전증Congestive Heart Failure | \_\_\_\_ | 과콜레스트롤혈증Hypercholesterolemia |
| \_\_\_\_ | 낭성 섬유증Cystic Fibrosis | \_\_\_\_ | 고혈압Hypertension |
| \_\_\_\_ | 농인/청각 장애Deaf / Hearing Impaired | \_\_\_\_ | 고지혈증Hyperlipidemia |

**다음 장에 계속 연결됩니다**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ | 갑상선기능항진증Hyperthyroid | \_\_\_\_ | 파킨슨병Parkinson’s Disease |
| \_\_\_\_ | 갑상선기능저하증Hypothyroid | \_\_\_\_ | 신체 장애Physical Disability |
| \_\_\_\_ | 면역 장애Immunologic Disorder | \_\_\_\_ | 건선Psoriasis |
| \_\_\_\_ | 불임Infertility | \_\_\_\_ | 신장 장애/질환Renal Failure / Disease |
| \_\_\_\_ | 편두통Migraines | \_\_\_\_ | 류마티스 관절염Rheumatologic Arthritis |
| \_\_\_\_ | 다발성 경화증Multiple Sclerosis | \_\_\_\_ | 류마티스 장애Rheumatologic Disorder |
| \_\_\_\_ | 근육 위축병Muscular Dystrophy | \_\_\_\_ | 성병 (STD)Sexually Transmitted Disease (STD) |
| \_\_\_\_ | 근골격 문제 (목과 등 제외)Musculoskeletal Problem (not back/neck) | \_\_\_\_ | 뇌졸중Stroke |
| \_\_\_\_ | 신경 장애Neurologic Disorder | \_\_\_\_ | 이명Tinnitus |
| \_\_\_\_ | 비만Obesity | \_\_\_\_ | 궤양Ulcers |
| \_\_\_\_ | 골관절염Osteoarthritis | \_\_\_\_ | 저체중Underweight |
| \_\_\_\_ | 골다공증Osteoporosis | \_\_\_\_ | 기타           Other |
| \_\_\_\_ | 통증(만성)Pain (Chronic) | \_\_\_\_ | 알려지지 않음/평가 불가Unknown / Not Able to Assess |

|  |  |
| --- | --- |
| **추천 정보** | *REFERRAL INFORMATION* |
|  |
| **저희 서비스는 어떻게 알게 되었습니까?**      How did you find out about our services? |

|  |  |
| --- | --- |
| **비상 연락처** | *EMERGENCY CONTACTS* |
|  |
| **응급 상황이 발생하면 어느 곳에 연락할까요?** | *Who should we contact in case of an emergency?* |
|  |
| **기본 (내담자와 연락처의 관계:)**      Primary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| 성명 (성, 이름)Name (Last, First) |  | 주소Address |
|  |
|       |  |    |  |       |
| 시티City |  | 주State |  | 우편Zip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 집 전화Home Phone |  | 업무용 전화/내선Business Phone / Ext. |  | 이동전화Cell Phone |
|  |
| **2차 (내담자와 연락처의 관계:)**      Secondary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| 성명 (성, 이름)Name (Last, First) |  | 주소Address |
|  |
|       |  |    |  |       |
| 시티City |  | 주State |  | 우편Zip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 집 전화Home Phone |  | 업무용 전화/내선Business Phone / Ext. |  | 이동전화Cell Phone |

|  |  |
| --- | --- |
| **보호대상자격** | *CONSERVATORSHIP* |
|  |
| **당신은 보호대상자입니까?** [ ]  예 [ ]  아니오 [ ]  알 수 없음Are You on Conservatorship? Yes No Unknown |
|  |
| **내담자와 보호대상자의 관계 :**Client Relationship to Conservator |       |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 보호자 성Conservator Last Name |  | 보호자 이름Conservator First Name |  | 보호자 중간 이름Conservator Middle Name |
|  |
|       |  |       |
| 보호자 우편주소(스트리트 또는 PO 박스)Conservator Mailing Address (Street or PO Box) | [ ]  성향 [ ]  유니트 [ ]  스위트 # Apt Unit Suite # |
|  |
|       |  |    |  |       |
| 보호자 우편주소 시티Conservator Mailing Address City |  | 주State |  | 우편Zip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| 집 전화Home Phone |  | 이동전화Cell Phone |  | 업무용 전화/내선Business Phone / Ext |
|  |
|       |  |       |  |
| 법원 케이스 번호Court Case Number |  | 보호자는 PAPG 또는 개인 가운데 누구입니까?Is Conservator PAPG or Private? |
|  |

**중지**

마지막 두 페이지는 병원 내부용입니다.

이 패킷을 프런트 오피스 직원에게 반납해 주십시오.

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