|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 성  Last Name | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 성명 중 이름  First Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 중간 이름  Middle Name | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 당신이 불리고 싶은 이름  Name You Prefer to Be Called | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 결혼 전 이름  Maiden Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 출생시 이름  위 내용과 같음  Birth 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 번호  Driver’s License / State ID Number | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 발행 주  State 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 # | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
| 시티  City | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 주  State | | | | | | | 우편  Zip | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 거주 카운티  County of Residence | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
| 당신이 현재 거주 중인 스트리트 주소 우편주소와 같음  Street Address Where You Are Currently Living Same as Mailing Address | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 성향  유니트  스위트 #  Apt Unit Suite # | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 시티  City | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 주  State | | | | | | | | | | |  | | | | 우편  Zip | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 집 전화  Home Phone | | | | | | | | | | | | | |  | | | 이동전화  Cell Phone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 업무용 전화/내선  Business Phone | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 출생 카운티(캐나다)  CA County of Birth | | | | | | | | | | | | |  | | | 출생 주(미국)  US State of Birth | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 출생 국가  Country of Birth | | | | | | | | | | | | |
| **언어/종교** | | | | | *LANGUAGE / RELIGION* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 주로 사용하는 언어  Primary Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 제2외국어  Secondary Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 선호하는 언어  Preferred Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 가족 언어  Family Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 유창함  Fluent | | | | 제한된  Limited | | | | | | | 없음  None | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 영어 구사능력  English Verbal Proficiency | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 종교적인 선호  Religious 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 알류트족  Aleut | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 이집트인  Egyptian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 일본인  Japanese | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 알제리인  Algerian | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 에스키모  Eskimo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 한국계  Korean | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 미국인과 아시아계 혼혈  Amerasian | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 필리핀인  Filipino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 라오스인  Laotian | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 방글라데시인  Bangladeshi | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 괌인  Guamanian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 레바논인  Lebanese | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 흑인/아프리카계 미국인  Black / African-American | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 하와이 본토 출신  Hawaiian Native | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 멕시코인  Mexican | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 캄보디아인  Cambodian | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 히스패닉-기타  Hispanic-Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 아메리카 원주민  Native American | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 코카시안/유럽인/백인  Caucasian/European/White | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 인도인(아시아계)  Indian (Asian) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 이 밖의 아시아계  Other Asian | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 중국인  Chinese | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 이란인  Iranian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | 태평양 섬 출신  Pacific Islander | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_ | 쿠바인  Cuban | | | | | | | | | | | \_\_\_ | | | | | | | 이라크인  Iraqi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | (하와이/괌/사모아 주민이 아님)  (Not Hawaiian / Guamanian / Samoan) | | | | | | | | | | | |

**다음 장에 계속 연결됩니다**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_ | 파키스탄인  Pakistani | | | \_\_\_ | | | 중남미 출신  South or Central American | | | \_\_\_ | | 알 수 없음  Unknown | | |
| \_\_\_ | 팔레스타인  Palestinian | | | \_\_\_ | | | 스페인어  Spanish | | | \_\_\_ | | 답변을 사양합니다  Decline to State | | |
| \_\_\_ | 푸에르토리코인  Puerto Rican | | | \_\_\_ | | | 스리랑카인  Srilankan | | | \_\_\_ | | 기타  Other | | |
| \_\_\_ | 사모아인  Samoan | | | \_\_\_ | | | 태국인  Thai | | |  | |  | | |
| \_\_\_ | 소말리아인  Somalian | | | \_\_\_ | | | 베트남인  Vietnamese | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 성  Mother’s Last Name | | | | |  | 어머니의 이름  Mother’s First Name | | | | |  | | 어머니의 중간 이름  Mother’s Middle Name | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | |
| 어머니의 결혼 전 이름  Mother’s Maiden Name | | | | |  | 어머니의 생년월일  Mother’s Date of Birth | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | |  | |  | |
| 아버지의 성  Father’s Last Name | | | | |  | 아버지의 이름  Father’s First Name | | | | |  | | 아버지의 중간 이름  Father’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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |
| 직업  Occupation | | | | | | | | | | | |  | | 고용주  Employer | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 이름  Name of School Attending | | | | | |  | 학교 연락인 이름  Name of School Contact | | | | | | | | |  | 연락전화번호  Contact’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 거부함  Patient Denies Any Medical Conditions | | \_\_\_\_ | 치매  Dementia |
| \_\_\_\_ | 알레르기  Allergies | | \_\_\_\_ | 피하 질환/피부 병변  Dermatologic Disorder / Skin Lesions |
| \_\_\_\_ | 빈혈증  Anemia | | \_\_\_\_ | 당뇨  Diabetes |
| \_\_\_\_ | 동맥경화증  Arterial Sclerotic Disease | | \_\_\_\_ | 소화 장애  Digestive Disorder |
| \_\_\_\_ | 천식  Asthma | | \_\_\_\_ | 이염  Ear Infections |
| \_\_\_\_ | 허리/목 통증  Back / Neck Pain | | \_\_\_\_ | 내분비질환  Endocrine Disorder |
| \_\_\_\_ | 맹인/시각장애인  Blind / Visually Impaired | | \_\_\_\_ | 간질/발작  Epilepsy / Seizures |
| \_\_\_\_ | 혈액 질환 (빈혈증 제외)  Blood Disorder (other than Anemia) | | \_\_\_\_ | 쓸개 질환  Gall Bladder Problems |
| \_\_\_\_ | 암  Cancer | | \_\_\_\_ | 소화 장애  Genitourinary Disorder |
| \_\_\_\_ | 수근관 증후군  Carpal Tunnel Syndrome | | \_\_\_\_ | 위식도역류질환  GERD |
| \_\_\_\_ | 만성 폐쇄성 질환 (COPD)  Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | | \_\_\_\_ | 두통 (편두통이 아님)  Headaches (not Migraines) |
| \_\_\_\_ | 간경변  Cirrhosis | | \_\_\_\_ | 심장질환  Heart Disease |
| \_\_\_\_ | 선천성 장애  Congenital Disorders | | \_\_\_\_ | 간염  Hepatitis |
| \_\_\_\_ | 선천성 심부전증  Congestive Heart Failure | | \_\_\_\_ | 과콜레스트롤혈증  Hypercholesterolemia |
| \_\_\_\_ | 낭성 섬유증  Cystic Fibrosis | | \_\_\_\_ | 고혈압  Hypertension |
| \_\_\_\_ | 농인/청각 장애  Deaf / Hearing Impaired | | \_\_\_\_ | 고지혈증  Hyperlipidemia |

**다음 장에 계속 연결됩니다**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ | 갑상선기능항진증  Hyperthyroid | \_\_\_\_ | 파킨슨병  Parkinson’s Disease |
| \_\_\_\_ | 갑상선기능저하증  Hypothyroid | \_\_\_\_ | 신체 장애  Physical Disability |
| \_\_\_\_ | 면역 장애  Immunologic Disorder | \_\_\_\_ | 건선  Psoriasis |
| \_\_\_\_ | 불임  Infertility | \_\_\_\_ | 신장 장애/질환  Renal Failure / Disease |
| \_\_\_\_ | 편두통  Migraines | \_\_\_\_ | 류마티스 관절염  Rheumatologic Arthritis |
| \_\_\_\_ | 다발성 경화증  Multiple Sclerosis | \_\_\_\_ | 류마티스 장애  Rheumatologic Disorder |
| \_\_\_\_ | 근육 위축병  Muscular Dystrophy | \_\_\_\_ | 성병 (STD)  Sexually Transmitted Disease (STD) |
| \_\_\_\_ | 근골격 문제 (목과 등 제외)  Musculoskeletal Problem (not back/neck) | \_\_\_\_ | 뇌졸중  Stroke |
| \_\_\_\_ | 신경 장애  Neurologic Disorder | \_\_\_\_ | 이명  Tinnitus |
| \_\_\_\_ | 비만  Obesity | \_\_\_\_ | 궤양  Ulcers |
| \_\_\_\_ | 골관절염  Osteoarthritis | \_\_\_\_ | 저체중  Underweight |
| \_\_\_\_ | 골다공증  Osteoporosis | \_\_\_\_ | 기타  Other |
| \_\_\_\_ | 통증(만성)  Pain (Chronic) | \_\_\_\_ | 알려지지 않음/평가 불가  Unknown / 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) | | | | |  | 주소  Address | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | |  |  | |
| 시티  City | | | | |  | 주  State | | | | | | |  | 우편  Zip | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |  |  | | | |
| 집 전화  Home Phone | |  | 업무용 전화/내선  Business Phone / Ext. | | | | | | | |  | 이동전화  Cell Phone | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2차 (내담자와 연락처의 관계:)**  Secondary - Client’s Relationship to Emergency Contact | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | |  | | | | | |
| 성명 (성, 이름)  Name (Last, First) | | | | | | | |  | | 주소  Address | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | |  |  |
| 시티  City | | | | | | |  | | 주  State | | | | |  | 우편  Zip |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | |  |  | | | |
| 집 전화  Home Phone | |  | 업무용 전화/내선  Business Phone / Ext. | | | | | | | |  | 이동전화  Cell Phone | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **보호대상자격** | | *CONSERVATORSHIP* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **당신은 보호대상자입니까?**  예  아니오  알 수 없음  Are You on Conservatorship? Yes No Unknown | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **내담자와 보호대상자의 관계 :**  Client Relationship to Conservator | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | | |
| 보호자 성  Conservator Last Name | | | |  | | 보호자 이름  Conservator First Name | | | | | |  | | 보호자 중간 이름  Conservator Middle Name | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | |
| 보호자 우편주소(스트리트 또는 PO 박스)  Conservator Mailing Address (Street or PO Box) | | | | | | | | | | | | | | | | 성향  유니트  스위트 #  Apt Unit Suite # | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | |
| 보호자 우편주소 시티  Conservator Mailing Address City | | | | | | | | |  | 주  State | | | | | | |  | 우편  Zip | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | |
| 집 전화  Home Phone | | |  | | 이동전화  Cell Phone | | | | | |  | | 업무용 전화/내선  Business Phone / Ext | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  | |
| 법원 케이스 번호  Court 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:** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |