|  |
| --- |
| **THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN** |
| **CLIENT INFORMATION FORM (VIETNAMESE)** |
| **DIVISION:** [ ]  AOABH [ ]  BHCOE [ ]  CYBH  | **FACILITY:**  |
| **Date:**       |  [ ]  **INTAKE** [ ]  **UPDATE** [ ]  **SAME DAY REG / DC** |
| *Xin Vui Lòng Viết Rõ Chữ và Điền Thông Tin Vào Những Phần Dưới Đây Một Cách Hoàn Chỉnh Nhất* |
|  |
| **Người Điền Đơn:**Person Filling Out Form: | **[ ]** Bệnh Nhân Client | [ ]  Cha Mẹ Parent | [ ]  Người Canh Giữ Guardian |
|  | [ ]  Nhà Điều Trị Clinician | [ ]  Ngoài Các Mục Trên            Other  |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Tên HọLast Name |  | Tên GọiFirst Name |  | Tên LótMiddle Name |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Tên Mà Quý Vị Muốn Được GọiName You Prefer to Be Called |  | Nhũ DanhMaiden Name |  | Tên Trong Khai Sinh [ ]  Giống Như Phần TrênBirth Name Same as Above |
|  |
| **Quý vị hoặc thân nhân của mình đã từng phục vụ trong Quân Đội Hoa Kỳ chưa?**Have you or an immediate family member ever served in the US Military? |
| *Định Nghĩa Về Thân Nhân: Cha Mẹ, Anh Chị Em, Con Cái (con ruột / con nuôi / con kế)* |
| **[ ]**  Chỉ Có Bản Thân Self Only | **[ ]** Thân Nhân Immediate Family | **[ ]**  Bản Thân & Thân Nhân Both Self & Immediate Family |
| **[ ]** Không Có None | **[ ]** Từ Chối Trả Lời Decline to State | **[ ]** Không Biết Unknown |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| Ngày SinhDate of Birth |  | Số An Sinh Xã HộiSocial Security Number |  |
|  |
| **Giới Tính**Gender |
| [ ]  Nữ Female | [ ]  Nam Male | Người Chuyển Giới: | [ ]  Từ Nữ thành Nam Female to Male | [ ]  Từ Nam thành Nữ Male to Female |
| [ ]  Không Biết Unknown | [ ]  Từ Chối Trả Lời Decline to State | [ ]  Ngoài Các Mục Trên            Other  |
|  |
| **Khuynh Hướng Tình Dục**Sexual Orientation |
| [ ]  Lưỡng Tính Bisexual | [ ]  Người Đồng Tính Gay | [ ]  Người Dị Tính Ái Heterosexual | [ ]  Người Đồng Tính Nữ Lesbian |
| [ ]  Đang Thắc Mắc Questioning | [ ]  Từ Chối Trả Lời Decline to State | [ ]  Ngoài Các Mục Trên            Other  |

|  |
| --- |
| **Giới Tính Mà Quý Vị Muốn Được Nhìn Nhận**Preferred Gender Pronouns |
| **[ ]** Ông/Anh ấy, của Ông/Anh ấy He / Him / His | **[ ]** Bà/Cô/Chị ấy, của Bà/Cô/Chị ấy She / Her / Hers | **[ ]** Họ/của Họ They / Them / Theirs |
| **[ ]** Từ Chối Trả Lời Decline to State | [ ]  Ngoài Các Mục Trên            Other  |
|  |
| **Quý vị đã có dùng tên gọi nào khác trong quá khứ không?**Have You Gone by Other Names in the Past? | [ ]  Không No | [ ]  Có Yes |
|  |
|       |  |       |
| Tên #1 Đã Dùng Trước Đây (Tên Họ, Tên Gọi, Tên Lót)Previous Name #1 (Last, First, MI) |  | Tên #2 Đã Dùng Trước Đây (Tên Họ, Tên Gọi, Tên Lót)Previous Name #2 (Last, First, MI) |
|  |
|  **THÀNH PHẦN DÂN CƯ CỦA BỆNH NHÂN** | *CLIENT DEMOGRAPHICS* |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Số Bằng Lái Xe / Số Thẻ Căn Cước Tiểu BangDriver’s License / State ID Number |  | Tiểu Bang Cung CấpState of Issue |  | Quý Vị Hiện Đang Sinh Sống Ở Đâu?Where Are You Currently Living?  |
|  |
|       |  |       |
| Địa Chỉ Bưu Điện (Tên Đường hoặc Hộp Thư)Mailing Address (Street or PO Box) |  | [ ]  Apt [ ]  Đơn Vị [ ]  Suite # Apt Unit Suite # |
|  |
|       |  |    |  |       |  |       |
| Thành PhốCity | Tiểu BangState | Số VùngZip | Quận Hạt Nơi Sinh SốngCounty of Residence |
|  |
|       |  |       |
| Địa Chỉ Nơi Quý Vị Đang Cư Ngụ [ ]  Giống Như Địa Chỉ Bưu ĐiệnStreet Address Where You Are Currently Living Same as Mailing Address |  | [ ]  Apt [ ]  Đơn Vị [ ]  Suite # Apt Unit Suite # |
|  |
|       |  |       |  |       |  |
| Thành PhốCity |  | Tiểu BangState |  | Số Vùng Zip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Số Điện Thoại NhàHome Phone |  | Điện Thoại Di ĐộngCell Phone |  | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết NốiBusiness Phone |
|  |
| **NƠI SINH** | *PLACE OF BIRTH* |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Quận hạt nơi sinh ra ở CaliforniaCA County of Birth |  | Tiểu bang nơi sinh ra ở Hoa KỳUS State of Birth |  | Quốc Gia Nơi Sinh RaCountry of Birth |
| **NGÔN NGỮ / TÔN GIÁO** | *LANGUAGE / RELIGION* |
|  |
|        |  |       |
| Ngôn Ngữ ChínhPrimary Language |  | Ngôn Ngữ Thứ HaiSecondary Language |
|  |
|       |  |       |
| Ngôn Ngữ Mà Quý Vị Muốn Xử DụngPreferred Language |  | Ngôn Ngữ Dùng Trong Gia ĐìnhFamily Language |
|  |
|  [ ]  Thông Thạo Fluent | [ ]  Bị giới hạn Limited | [ ]  Không Có None |  |        |
| Nói Tiếng Anh Thông ThạoEnglish Verbal Proficiency |  | Tôn Giáo Theo Lựa ChọnReligious Preference |
|  |
| **SẮC DÂN** |  *ETHNICITY* |
|  |
| **Quý Vị Có Phải Là Người Tây Ban Nha,** **Hispanic hoặc Latino Không?**Are You Spanish, Hispanic or Latino? | [ ]  Có Yes | [ ]  Không No | [ ]  Không Biết Unknown |
|  |
| **Xin vui lòng chỉ ra tối đa là Hai Sắc Dân Mà Quý Vị Thừa Hưởng:** **"1"** cho Sắc Dân Thứ Nhất và **"2"** cho Sắc Dân Thứ HaiPlease Indicate Up to Two Ethnicities That Best Describe You: **“1”** for Primary and **“2”** for Secondary  |
|  |
| \_\_\_\_ | Người AleutAleut | \_\_\_\_ | Người EskimoEskimo |
| \_\_\_\_ | Người AlgeriaAlgerian | \_\_\_\_ | Người Phi Luật TânFilipino |
| \_\_\_\_ | Người Mỹ Lai Á ĐôngAmerasian | \_\_\_\_ | Người Đảo GuamGuamanian |
| \_\_\_\_ | Người BangladeshBangladeshi | \_\_\_\_ | Người Thổ Dân HawaiiHawaiian Native |
| \_\_\_\_ | Người Mỹ Gốc Phi / Người Da ĐenBlack / African-American | \_\_\_\_ | Hispanic - Thành phần khác           Hispanic-Other |
| \_\_\_\_ | Người CambodiaCambodian | \_\_\_\_ | Người Ấn ĐộIndian (Asian) |
| \_\_\_\_ | Người Âu Tây / Da TrắngCaucasian/European/White | \_\_\_\_ | Người IranIranian |
| \_\_\_\_ | Người Trung HoaChinese | \_\_\_\_ | Người IraqIraqi |
| \_\_\_\_ | Người CubaCuban | \_\_\_\_ | Người Nhật BảnJapanese |
| \_\_\_\_ | Người Ai CậpEgyptian | \_\_\_\_ | Người Hàn QuốcKorean |

***Xin tiếp tục bên trang kế***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ | Người LàoLaotian | \_\_\_\_ | Người SamoaSamoan |
| \_\_\_\_ | Người LebanonLebanese | \_\_\_\_ | Người SamoliaSomalian |
| \_\_\_\_ | Người Mễ Tây CơMexican | \_\_\_\_ | Người Nam hoặc Trung MỹSouth or Central American |
| \_\_\_\_ | Thổ Dân MỹNative American | \_\_\_\_ | Người Tây Ban NhaSpanish |
| \_\_\_\_ | Thành Phần Á Châu Khác          Other Asian | \_\_\_\_ | Người SrilankaSrilankan |
| \_\_\_\_ | Người Hải Đảo Thái Bình Dương(Không phải là người Hawaii, Guam, Samoa)Pacific Islander (Not Hawaiian / Guamanian / Samoan) | \_\_\_\_ | Người TháiThai |
| \_\_\_\_ | Người Việt NamVietnamese |
| \_\_\_\_ | Người PakistanPakistani | \_\_\_\_ | Không BiếtUnknown |
| \_\_\_\_ | Người PalestinePalestinian | \_\_\_\_ | Từ Chối Trả LờiDecline to State |
| \_\_\_\_ | Người Puerto RicoPuerto Rican | \_\_\_\_ | Ngoài Các Mục Trên           Other |

|  |  |
| --- | --- |
|  **THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH** | *FAMILY INFORMATION* |
|  |
| **Tình Trạng Hôn Nhân Của Bệnh Nhân**Client Marital Status |
| [ ]  Độc Thân Single | [ ]  Đã Kết Hôn Married | [ ]  Ly Dị Divorced | [ ]  Ly Thân Separated |
| [ ]  Goá Bụa Widowed | [ ]  Chính Thức Sống Cặp Chung Nhà Domestic Partnership |
|  |
| **Quý vị là Người Chăm Sóc Chính cho bao nhiêu người**For how many people are you the Primary Caregiver? | **Cho tới tuổi 17** Through Age 17 |
| *Định nghĩa về Người Chăm Sóc Chính: Khi quý vị tốn từ 50% trở lên thời gian của mình* | **18 tuổi trở lên** 18 or Older |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Tên Họ Của MẹMother’s Last Name |  | Tên Gọi Của MẹMother’s First Name |  | Tên Lót Của MẹMother’s Middle Name |
|  |
|       |  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Nhũ Danh Của MẹMother’s Maiden Name |  | Ngày Sinh Của MẹMother’s Date of Birth |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Tên Gọi Của ChaFather’s Last Name |  | Tên Họ Của ChaFather’s First Name |  | Tên Lót Của ChaFather’s Middle Name |

|  |  |
| --- | --- |
| **THÔNG TIN VỀ CÔNG VIỆC CỦA BỆNH NHÂN** | *CLIENT EMPLOYMENT INFORMATION* |
|  |
| **Xin chọn mục nào miêu tả đúng nhất về tình trạng công việc của quý vị:**Please selelct the option that best describes your current employment status |
| [ ]  Cạnh Tranh, toàn thời gian (> 34 giờ/tuần) Competitive F/T (>34hrs/wk) | [ ]  Không Cạnh Tranh, toàn thời gian (> 34 giờ/tuần) Non-Competitive F/T (>34hrs/wk) |
| [ ]  Cạnh Tranh, bán thời gian (<34 giờ/tuần) Competitive P/T (<34hrs/wk) | [ ]  Không Cạnh Tranh, bán thời gian (<34 giờ/tuần) Non-Competitive P/T (<34hrs/wk) |
| [ ]  Đang nỗ lực tìm kiếm Actively Looking | [ ]  Đã nghỉ hưu Retired | [ ]  Việc tình nguyện Volunteer | [ ]  Sinh viên Student |
| [ ]  Nội trợ Homemaker | [ ]  Bệnh nhân nội trú / Tù nhân Resident / Inmate | [ ]  Ngoài Các Mục Trên  Other |
| ***Định nghĩa về việc làm Cạnh Tranh và Không Cạnh Tranh:******Việc Làm Cạnh Tranh*** *= Việc làm có trả lương trong cộng đồng, một chức vụ cũng dành cho những người không có khuyết tật. Có thể kể cả các chức vụ lâu dài liên tục với các dịch vụ hỗ trợ được cung cấp có đến công việc làm tại sở làm hoặc ngoài sở làm (Việc Làm Được Hỗ Trợ).****Việc làm Không Cạnh Tranh*** *= Việc làm có trả lương trong cộng đồng, chỉ dành cho người khuyết tật.* |
|  |
|       |  |       |
| Nghề nghiệpOccupation |  | Nhà tuyển dụngEmployer |

|  |  |
| --- | --- |
| **THÔNG TIN VỀ TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN CỦA BỆNH NHÂN** | *CLIENT SCHOOL INFORMATION* |
|  |
| **Trình độ học vấn hoàn tất:**Highest Education Completed |
| [ ]  Mẫu giáo Kindergarten | [ ]  Lớp 1 1st Grade | [ ]  Lớp 2 2nd Grade | [ ]  Lớp 3 3rd Grade | [ ]  Khối 4 4th Grade | [ ]  Khối 5 5th Grade |
| [ ]  Lớp 6 6th Grade | [ ]  Lớp 7 7th Grade | [ ]  Lớp 8 8th Grade | [ ]  Lớp 9 9th Grade | [ ]  Lớp 10 10th Grade | [ ]  Lớp 11 11th Grade |
| [ ]  Lớp 12 (Tốt nghiệp Trung Học hoặc GED) 12th Grade (HS Grad or GED) | [ ]  Đại học năm thứ nhất 1st Year College | [ ]  Bằng cao đẳng Associate Degree |
| [ ]  Đại học năm thứ 3 3rd Year College | [ ]  Bằng cử nhân Bachelor’s Degree | [ ]  Năm thứ nhất sau tốt nghiệp 1st Year Grad Work |
| [ ]  Bằng thạc sĩMaster’s Degree | [ ]  Năm thứ 3 sau tốt nghiệp 3rd Year Grad Work | [ ]  Tiến sĩ Doctorate |
| [ ]  Không Có None | [ ]  Không Biết Unknown | [ ]  Ngoài Các Mục Trên Other |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Tên Trường Đang Theo HọcName of School Attending |  | Tên Đại Diện Liên Lạc Của Trường HọcName of School Contact |  | Số Điện Thoại Liên LạcContact’s Phone Number |

|  |  |
| --- | --- |
| **BỆNH TRẠNG TỔNG QUÁT** | *GENERAL MEDICAL CONDITIONS* |
|  |
| **Xin nêu ra bất cứ tình trạng sức khoẻ nào: Xin ghi "1" cho Chính Yếu và "2" cho Thứ Yếu****Xin đánh dấu kế bên tất cả những Bệnh Thể Chất nếu quý vị có nhiều hơn hai (2) chứng bệnh**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). |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Nhân Phủ Nhận Tất Cả Bệnh TrạngPatient Denies Any Medical Conditions | \_\_\_\_ | Chứng Rối Loạn Tiêu HoáDigestive Disorder |
|  \_\_\_\_ | Dị ỨngAllergies | \_\_\_\_ | Nhiễm Trùng TaiEar Infections |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Thiếu MáuAnemia | \_\_\_\_ | Rối Loạn Nội TiếtEndocrine Disorder |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Xơ Cứng Động MạchArterial Sclerotic Disease | \_\_\_\_ | Động Kinh / Co GiậtEpilepsy / Seizures |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Hen SuyễnAsthma | \_\_\_\_ | Bệnh Túi MậtGall Bladder Problems |
|  \_\_\_\_ | Đau Nhức Cổ/LưngBack / Neck Pain | \_\_\_\_ | Chứng Rối Loạn Về Bộ Phận Sinh DụcGenitourinary Disorder |
|  \_\_\_\_ | Mù Loà / Thị Giác Suy GiảmBlind / Visually Impaired | \_\_\_\_ | Bệnh Trào Ngược Dạ Dày Thực QuảnGERD |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Về Máu (ngoài bệnh thiếu Máu)Blood Disorder (other than Anemia) | \_\_\_\_ | Nhức Đầu (không phải chứng Đau Nửa Đầu)Headaches (not Migraines) |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Ung ThưCancer | \_\_\_\_ | Bệnh TimHeart Disease |
|  \_\_\_\_ | Hội Chứng Ống Cổ TayCarpal Tunnel Syndrome | \_\_\_\_ | Bệnh Viêm GanHepatitis |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mãn TínhChronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | \_\_\_\_ | Cao Cholesterone trong máuHypercholesterolemia |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Xơ GanCirrhosis | \_\_\_\_ | Cao Mỡ Trong MáuHyperlipidemia |
|  \_\_\_\_ | Những Chứng Rối Loạn Bẩm SinhCongenital Disorders | \_\_\_\_ | Cao Huyết ÁpHypertension |
|  \_\_\_\_ | Suy Tim Sung HuyếtCongestive Heart Failure | \_\_\_\_ | Bệnh Cường GiápHyperthyroid |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Xơ NangCystic Fibrosis | \_\_\_\_ | Bệnh Suy GiápHypothyroid |
|  \_\_\_\_ | Bị Điếc / Lãng TaiDeaf / Hearing Impaired | \_\_\_\_ | Bệnh Về Hệ Miễn NhiễmImmunologic Disorder |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Mất Trí NhớDementia | \_\_\_\_ | Vô SinhInfertility |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Về Da / Tổn Thương Về DaDermatologic Disorder / Skin Lesions | \_\_\_\_ | Bệnh Đau Nửa ĐầuMigraines |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Tiểu ĐườngDiabetes | \_\_\_\_ | Bệnh Đa Xơ CứngMultiple Sclerosis |

***Xin tiếp tục bên trang kế***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  \_\_\_\_ | Chứng Loạn Dưỡng Cơ BắpMuscular Dystrophy | \_\_\_\_ | Suy Thận / Bệnh ThậnRenal Failure / Disease |
|  \_\_\_\_ | Vấn Đề Về Cơ Xương (ngoài lưng/cổ)Musculoskeletal Problem (not back / neck) | \_\_\_\_ | Viêm Khớp Dạng ThấpRheumatologic Arthritis |
|  \_\_\_\_ | Rối Loạn Về Hệ Thần KinhNeurologic Disorder | \_\_\_\_ | Bệnh Thấp KhớpRheumatologic Disorder |
|  \_\_\_\_ | Chứng Béo PhìObesity | \_\_\_\_ | Bệnh Lây Nhiễm Qua Đường Tình Dục (STD)Sexually Transmitted Disease (STD) |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Viêm Xương KhớpOsteoarthritis | \_\_\_\_ | Tai Biến Mạch Máu NãoStroke |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Loãng XươngOsteoporosis | \_\_\_\_ | Chứng Ù TaiTinnitus |
|  \_\_\_\_ | Đau (Mãn Tính)Pain (Chronic) | \_\_\_\_ | Ung LoétUlcers |
|  \_\_\_\_ | Bệnh ParkinsonParkinson’s Disease | \_\_\_\_ | Thiếu CânUnderweight |
|  \_\_\_\_ | Khuyết Tật Về Thể ChấtPhysical Disability | \_\_\_\_ | Ngoài Các Mục Trên           Other |
|  \_\_\_\_ | Bệnh Vẩy NếnPsoriasis | \_\_\_\_ | Không Biết / Không Thể Tiếp CậnUnknown / Not Able to Assess |

|  |  |
| --- | --- |
|  **THÔNG TIN CHUYỂN HỒ SƠ** | *REFERRAL INFORMATION* |
|  |
| **Quý vị đã biết được dịch vụ của chúng tôi bằng cách nào?**      How did you find out about our services? |
|  |
|  **THÔNG TIN LIÊN LẠC KHẨN CẤP** | *EMERGENCY CONTACTS* |
|  |
| Trong Trường Hợp Khẩn Cấp, Chúng Tôi Cần Liên Lạc Với Ai?Who should we contact in case of an emergency? |
|  |
| **Người Chính Yếu (Mối Quan Hệ của Bệnh Nhân với Người Liên Lạc:)**      Primary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| Tên (Tên Họ, Tên Gọi)Name (Last, First) |  | Địa ChỉAddress |
|  |
|       |  |    |  |       |
| Thành PhốCity |  | Tiểu BangState |  | Số VùngZip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Số Điện Thoại NhàHome Phone |  | Điện Thoại Di ĐộngCell Phone |  | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết NốiBusiness Phone / Ext. |

|  |
| --- |
| **Người Thứ Yếu (Mối Quan Hệ của Bệnh Nhân với Người Liên Lạc:)**      Secondary - Client’s Relationship to Emergency Contact |
|       |  |       |
| Tên (Tên Họ, Tên Gọi)Name (Last, First) |  | Địa ChỉAddress |
|  |
|       |  |    |  |       |
| Thành PhốCity |  | Tiểu BangState |  | Số VùngZip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Số Điện Thoại NhàHome Phone |  | Điện Thoại Di ĐộngCell Phone |  | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết NốiBusiness Phone / Ext. |
|  |
| **GIÁM HỘ** | *CONSERVATORSHIP* |
|  |
| **Quý Vị Có Đang Được Giám Hộ Không?** [ ]  Có [ ]  Không [ ]  Không BiếtAre You on Conservatorship? Yes No Unknown |
|  |
| **Mối Liên Hệ Của Bệnh Nhân Với Người Giám Hộ**Client Relationship to Conservator |       |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Tên Học Của Người Giám HộConservator Last Name |  | Tên Gọi Của Người Giám HộConservator First Name |  | Tên Lót Của Người Giám HộConservator Middle Name |
|  |
|       |  |       |
| Địa Chỉ Của Người Giám Hộ (Tên Đường hoặc Hộp Thư)Conservator Mailing Address (Street or PO Box) | [ ]  Apt [ ]  Đơn Vị [ ]  Suite # Apt Unit Suite # |
|  |
|       |  |    |  |       |
| Thành Phố Cư Ngụ Của Người Giám HộConservator Mailing Address City |  | Tiểu BangState |  | Số VùngZip |
|  |
|       |  |       |  |       |
| Số Điện Thoại NhàHome Phone |  | Điện Thoại Di ĐộngCell Phone |  | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết NốiBusiness Phone / Ext |
|  |
|       |  |       |
| Số Hồ Sơ Toà ÁnCourt Case Number |  | Người Giám Hộ là do Cơ Quan Quản Trị Công Cộng chỉ định hay là Tư Nhân đảm trách?Is Conservator PAPG or Private? |

**Ngưng**

Hai trang cuối chỉ dành riêng cho phòng điều trị dùng.

Xin vui lòng nộp tập hồ sơ này lại cho nhân viên.

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