|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Họ  Last Name | | | | | | |  | Tên Gọi  First Name | | | | | | | | | |  | Tên Lót  Middle Name | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
| Tên Mà Quý Vị Muốn Được Gọi  Name You Prefer to Be Called | | |  | | Nhũ Danh  Maiden Name | | | | | | | | | |  | Tên Trong Khai Sinh  Giống Như Phần Trên  Birth 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 Sinh  Date of Birth | | | | | |  | | | Số An Sinh Xã Hội  Social 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 Bang  Driver’s License / State ID Number | | | | | | | | | | |  | Tiểu Bang Cung Cấp  State 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 Phố  City | | | | | | | | | | | | | Tiểu Bang  State | | | | | | | | | | Số Vùng  Zip | | | | | | | | | | | Quận Hạt Nơi Sinh Sống  County of Residence | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |
| Địa Chỉ Nơi Quý Vị Đang Cư Ngụ  Giống Như Địa Chỉ Bưu Điện  Street Address Where You Are Currently Living Same as Mailing Address | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Apt  Đơn Vị  Suite #  Apt Unit Suite # | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Thành Phố  City | | | | | | | | | | | | | | |  | Tiểu Bang  State | | | | | | | | | | | | |  | | Số Vùng  Zip | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | |
| Số Điện Thoại Nhà  Home Phone | | | | |  | | Điện Thoại Di Động  Cell Phone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết Nối  Business Phone | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NƠI SINH** | | | | *PLACE OF BIRTH* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | |
| Quận hạt nơi sinh ra ở California  CA County of Birth | | | | | | | | |  | | Tiểu bang nơi sinh ra ở Hoa Kỳ  US State of Birth | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Quốc Gia Nơi Sinh Ra  Country of Birth | | | | | | | | |
| **NGÔN NGỮ / TÔN GIÁO** | | | | | | | | | *LANGUAGE / RELIGION* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ngôn Ngữ Chính  Primary Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | Ngôn Ngữ Thứ Hai  Secondary Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ngôn Ngữ Mà Quý Vị Muốn Xử Dụng  Preferred Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Ngôn Ngữ Dùng Trong Gia Đình  Family Language | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thông Thạo  Fluent | | | | Bị giới hạn  Limited | | | Không Có  None | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nói Tiếng Anh Thông Thạo  English Verbal Proficiency | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | Tôn Giáo Theo Lựa Chọn  Religious 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 Hai  Please Indicate Up to Two Ethnicities That Best Describe You: **“1”** for Primary and **“2”** for Secondary | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Aleut  Aleut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Eskimo  Eskimo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Algeria  Algerian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Phi Luật Tân  Filipino | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Mỹ Lai Á Đông  Amerasian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Đảo Guam  Guamanian | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Bangladesh  Bangladeshi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Thổ Dân Hawaii  Hawaiian Native | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Mỹ Gốc Phi / Người Da Đen  Black / African-American | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Hispanic - Thành phần khác  Hispanic-Other | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Cambodia  Cambodian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Ấn Độ  Indian (Asian) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Âu Tây / Da Trắng  Caucasian/European/White | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Iran  Iranian | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Trung Hoa  Chinese | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Iraq  Iraqi | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Cuba  Cuban | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Nhật Bản  Japanese | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_ | Người Ai Cập  Egyptian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_ | | | Người Hàn Quốc  Korean | | | | | | | | | | | | | | | | |

***Xin tiếp tục bên trang kế***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ | Người Lào  Laotian | \_\_\_\_ | Người Samoa  Samoan |
| \_\_\_\_ | Người Lebanon  Lebanese | \_\_\_\_ | Người Samolia  Somalian |
| \_\_\_\_ | Người Mễ Tây Cơ  Mexican | \_\_\_\_ | Người Nam hoặc Trung Mỹ  South or Central American |
| \_\_\_\_ | Thổ Dân Mỹ  Native American | \_\_\_\_ | Người Tây Ban Nha  Spanish |
| \_\_\_\_ | Thành Phần Á Châu Khác  Other Asian | \_\_\_\_ | Người Srilanka  Srilankan |
| \_\_\_\_ | Người Hải Đảo Thái Bình Dương  (Không phải là người Hawaii, Guam, Samoa)  Pacific Islander (Not Hawaiian / Guamanian / Samoan) | \_\_\_\_ | Người Thái  Thai |
| \_\_\_\_ | Người Việt Nam  Vietnamese |
| \_\_\_\_ | Người Pakistan  Pakistani | \_\_\_\_ | Không Biết  Unknown |
| \_\_\_\_ | Người Palestine  Palestinian | \_\_\_\_ | Từ Chối Trả Lời  Decline to State |
| \_\_\_\_ | Người Puerto Rico  Puerto 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 Mẹ  Mother’s Last Name | |  | | Tên Gọi Của Mẹ  Mother’s First Name | | |  | Tên Lót Của Mẹ  Mother’s Middle Name | |
|  | | | | | | | | | |
|  | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | |
| Nhũ Danh Của Mẹ  Mother’s Maiden Name | |  | | Ngày Sinh Của Mẹ  Mother’s Date of Birth | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  |  | |
| Tên Gọi Của Cha  Father’s Last Name | |  | | Tên Họ Của Cha  Father’s First Name | | |  | Tên Lót Của Cha  Father’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 nghiệp  Occupation | | | |  | Nhà tuyển dụng  Employer | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 sĩ  Master’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 Học  Name of School Attending | | | |  | Tên Đại Diện Liên Lạc Của Trường Học  Name of School Contact | | |  | | Số Điện Thoại Liên Lạc  Contact’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 Trạng  Patient Denies Any Medical Conditions | | \_\_\_\_ | Chứng Rối Loạn Tiêu Hoá  Digestive Disorder |
| \_\_\_\_ | Dị Ứng  Allergies | | \_\_\_\_ | Nhiễm Trùng Tai  Ear Infections |
| \_\_\_\_ | Bệnh Thiếu Máu  Anemia | | \_\_\_\_ | Rối Loạn Nội Tiết  Endocrine Disorder |
| \_\_\_\_ | Bệnh Xơ Cứng Động Mạch  Arterial Sclerotic Disease | | \_\_\_\_ | Động Kinh / Co Giật  Epilepsy / Seizures |
| \_\_\_\_ | Bệnh Hen Suyễn  Asthma | | \_\_\_\_ | Bệnh Túi Mật  Gall Bladder Problems |
| \_\_\_\_ | Đau Nhức Cổ/Lưng  Back / Neck Pain | | \_\_\_\_ | Chứng Rối Loạn Về Bộ Phận Sinh Dục  Genitourinary Disorder |
| \_\_\_\_ | Mù Loà / Thị Giác Suy Giảm  Blind / Visually Impaired | | \_\_\_\_ | Bệnh Trào Ngược Dạ Dày Thực Quản  GERD |
| \_\_\_\_ | 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 Thư  Cancer | | \_\_\_\_ | Bệnh Tim  Heart Disease |
| \_\_\_\_ | Hội Chứng Ống Cổ Tay  Carpal Tunnel Syndrome | | \_\_\_\_ | Bệnh Viêm Gan  Hepatitis |
| \_\_\_\_ | Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mãn Tính  Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) | | \_\_\_\_ | Cao Cholesterone trong máu  Hypercholesterolemia |
| \_\_\_\_ | Bệnh Xơ Gan  Cirrhosis | | \_\_\_\_ | Cao Mỡ Trong Máu  Hyperlipidemia |
| \_\_\_\_ | Những Chứng Rối Loạn Bẩm Sinh  Congenital Disorders | | \_\_\_\_ | Cao Huyết Áp  Hypertension |
| \_\_\_\_ | Suy Tim Sung Huyết  Congestive Heart Failure | | \_\_\_\_ | Bệnh Cường Giáp  Hyperthyroid |
| \_\_\_\_ | Bệnh Xơ Nang  Cystic Fibrosis | | \_\_\_\_ | Bệnh Suy Giáp  Hypothyroid |
| \_\_\_\_ | Bị Điếc / Lãng Tai  Deaf / Hearing Impaired | | \_\_\_\_ | Bệnh Về Hệ Miễn Nhiễm  Immunologic Disorder |
| \_\_\_\_ | Bệnh Mất Trí Nhớ  Dementia | | \_\_\_\_ | Vô Sinh  Infertility |
| \_\_\_\_ | Bệnh Về Da / Tổn Thương Về Da  Dermatologic Disorder / Skin Lesions | | \_\_\_\_ | Bệnh Đau Nửa Đầu  Migraines |
| \_\_\_\_ | Bệnh Tiểu Đường  Diabetes | | \_\_\_\_ | Bệnh Đa Xơ Cứng  Multiple Sclerosis |

***Xin tiếp tục bên trang kế***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_ | Chứng Loạn Dưỡng Cơ Bắp  Muscular Dystrophy | \_\_\_\_ | Suy Thận / Bệnh Thận  Renal Failure / Disease |
| \_\_\_\_ | Vấn Đề Về Cơ Xương (ngoài lưng/cổ)  Musculoskeletal Problem (not back / neck) | \_\_\_\_ | Viêm Khớp Dạng Thấp  Rheumatologic Arthritis |
| \_\_\_\_ | Rối Loạn Về Hệ Thần Kinh  Neurologic Disorder | \_\_\_\_ | Bệnh Thấp Khớp  Rheumatologic Disorder |
| \_\_\_\_ | Chứng Béo Phì  Obesity | \_\_\_\_ | Bệnh Lây Nhiễm Qua Đường Tình Dục (STD)  Sexually Transmitted Disease (STD) |
| \_\_\_\_ | Bệnh Viêm Xương Khớp  Osteoarthritis | \_\_\_\_ | Tai Biến Mạch Máu Não  Stroke |
| \_\_\_\_ | Bệnh Loãng Xương  Osteoporosis | \_\_\_\_ | Chứng Ù Tai  Tinnitus |
| \_\_\_\_ | Đau (Mãn Tính)  Pain (Chronic) | \_\_\_\_ | Ung Loét  Ulcers |
| \_\_\_\_ | Bệnh Parkinson  Parkinson’s Disease | \_\_\_\_ | Thiếu Cân  Underweight |
| \_\_\_\_ | Khuyết Tật Về Thể Chất  Physical Disability | \_\_\_\_ | Ngoài Các Mục Trên  Other |
| \_\_\_\_ | Bệnh Vẩy Nến  Psoriasis | \_\_\_\_ | Không Biết / Không Thể Tiếp Cận  Unknown / 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 Chỉ  Address | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | |  |  | |
| Thành Phố  City | | | |  | Tiểu Bang  State | | |  | Số Vùng  Zip | |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  |  | | | |
| Số Điện Thoại Nhà  Home Phone |  | Điện Thoại Di Động  Cell Phone | | | |  | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết Nối  Business 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 Chỉ  Address | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |  | |  | |
| Thành Phố  City | | | | | |  | | Tiểu Bang  State | | | | | | | | | | |  | | Số Vùng  Zip | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |
| Số Điện Thoại Nhà  Home Phone | |  | Điện Thoại Di Động  Cell Phone | | | | | | | | | |  | | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết Nối  Business Phone / Ext. | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GIÁM HỘ** | *CONSERVATORSHIP* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quý Vị Có Đang Được Giám Hộ Không?**  Có  Không  Không Biết  Are 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 Hộ  Conservator Last Name | | | |  | Tên Gọi Của Người Giám Hộ  Conservator First Name | | | | | | | | | | | |  | Tên Lót Của Người Giám Hộ  Conservator 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 Hộ  Conservator Mailing Address City | | | | | | | | | |  | | Tiểu Bang  State | | | | | | | |  | | Số Vùng  Zip |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| Số Điện Thoại Nhà  Home Phone | |  | Điện Thoại Di Động  Cell Phone | | | | | | | | | | |  | | Điện Thoại Nơi Làm Việc / Số Kết Nối  Business Phone / Ext | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Số Hồ Sơ Toà Án  Court 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:** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |