

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado De Yolo
CSI – FORMA DE ADMISIÓN

Agencia Llenando Forma:

Fecha – (Mes/Día/Año):

Nombre–Primero, Segundo y Apellido:

Otros Nombres/Aliases (AKAs):

Fecha de Nacimiento:

Seguro Social:

Domicilio - Calle:

Domicilio- Calle 2:

Ciudad, Estado, Código:

Teléfono- Casa, Calular:

Correo Electrónico:

Preferencia De Comunicación:

<input type="checkbox"/>	Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>	Correo Regular	<input type="checkbox"/>	Teléfono De Casa
<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Teléfono Celular	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Idioma Principal:

Género:

Nombre De La Madre:

Lugar De Nacimiento-
Condado, Estado, País:

RAZA DE CLIENTE

<input type="checkbox"/>	Nativo de Alaska/ Nativo Americano	<input type="checkbox"/>	Hmong	<input type="checkbox"/>	Otro Asiático
<input type="checkbox"/>	Nativo Asiático	<input type="checkbox"/>	Hispano	<input type="checkbox"/>	Otra Raza
<input type="checkbox"/>	Negro/Afro-Americano	<input type="checkbox"/>	Japonés	<input type="checkbox"/>	Samoano
<input type="checkbox"/>	Camboyano	<input type="checkbox"/>	Koreano	<input type="checkbox"/>	Desconoce/Negar a Declarar
<input type="checkbox"/>	Chino	<input type="checkbox"/>	Laosiano	<input type="checkbox"/>	Vietnamita
<input type="checkbox"/>	Filipino	<input type="checkbox"/>	Mien	<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Guamanian	<input type="checkbox"/>	Hawaiano	<input type="checkbox"/>	

ORIGEN ÉTNICO::

<input type="checkbox"/>	No Hispano	<input type="checkbox"/>	Cubano	<input type="checkbox"/>	Otro Hispano/Latino
<input type="checkbox"/>	Mexicano/Mexicano Americano	<input type="checkbox"/>	Puertorriqueño	<input type="checkbox"/>	Desconoce/Negar a Declarar

RELIGIÓN: _____

Nombre:

MR#:

CSI – FORMA DE ADMISIÓN

TIPO DE ADMISIÓN:

Primera Admisión	Re-Admisión
------------------	-------------

ORIGEN DE ADMICIÓN:

Otro centro de Atención Médica	Departamento de Salud	Libertad Condicional de Parole
Servicios de Bienestar Infantil	Referencia de Mantenimiento de Salud (HMO)	Libertad Condicional de Probación
Proveedor Contratado	Hospitalización	Escuela
Corte	Proveedor no contratado	Sí Mismo
Departamento de Empleo y Servicios Sociales	Otro Programa de la Agencia de Salud y Servicios Humanos	Centro de Enfermería Especializada
Sala De Emergencia	Otro	No Se Sabe
Amigo/Familiar	Médico externo	

CÓDIGO DE NECESIDAD DE ADMISIÓN:

Emergencia	Planeado (Autorización Previa)	Desconocido/No Reportado
------------	--------------------------------	--------------------------

Condado Fiscalmente Responsable del Cliente: _____

Programa/Episodio: _____

Ocupante de Admision _____

Ocupante Asistente: _____

PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN (MARCAR UN MÁXIMO DE 3):

Problemas de Alcohol/Droga	Participación en el Sistema de Justicia Juvenil	Otro
Peligro de Comportamiento de Homicidio/Amenaza	Problemas Matrimoniales/Familiares	Comportamiento Auto-Abusivo
Peligro de Suicidio	Desorden de Ánimo o Trastorno de Ansiedad	Trastorno de Pensamiento
Participación en el Sistema Penal de Justicia		

ARREGLOS DE VIVIENDA DE CLIENTE:

Centro de Residencia de Adultos, Centro de Rehabilitación Social	Casa o apartamento (incluye casa móviles, hoteles, dormitorios, y barracas)	Otro
Centro de Hogar y Cuidado	Casa o apartamento y requiere apoyo y supervisión diaria	Centro de Tratamiento Residencial (incluye Niveles de 13-14 para niños)
Planta de Tratamiento Comunitario	Casa o apartamento y requiere apoyo para la vida diaria	Centro de enfermería/institución especializada / Centro de Cuidado Intermedio
Hogar de Crianza Temporal	Hospitalización Psiquiátrica de Hospital, Centro de Salud Psiquiátrica	Hospital Estatal
Grupo Hogar (incluye niveles 1-12 para niños)	Relacionado con la justicia (Carcel Juvenil, Casa de Autoridad Juvenil de	Residencia de apoyo (solamente aplica a adultos)
Sin Hogar, sin residencia identificable	Centro de Rehabilitación de Salud Mental (24 horas)	Desconocido/No Reportado

DISCAPACIDAD (MARCAR UN MÁXIMO DE 3)

Ninguno	Hablar	Discapacidades del desarrollo
Visual	Movilidad	Otro
Auditivo	Mental	

Nombre: _____

MR#: _____

CSI – FORMA DE ADMISIÓN

Medicamentos Actuales:

ALGUN TRASTORNO DE SALUD FÍSICA AFECTAN LA SALUD MENTAL?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-------------

DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO AFECTAN LA SALUD MENTAL?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-------------

ABUSO DE SUSTANCIAS AFECTAN LA SALUD MENTAL?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Desconocido
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-------------

USO DE TABACO:

<input type="checkbox"/>	Fumador Actual de Todos Los Días	<input type="checkbox"/>	Ex-Fumador	<input type="checkbox"/>	Nunca He Fumado
<input type="checkbox"/>	Fumador Actual de Algunos Días	<input type="checkbox"/>	Fumador Empedernido	<input type="checkbox"/>	Fumador
<input type="checkbox"/>	Fumador Actual, Cantidad Desconocida	<input type="checkbox"/>	Fumador Ligero	<input type="checkbox"/>	Desconocido/Niega Responder

ESTADO CIVIL:

<input type="checkbox"/>	Abandonado	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Soltero/Nunca Casado
<input type="checkbox"/>	Divorciado/Anulado	<input type="checkbox"/>	Volvió a Casarse	<input type="checkbox"/>	Desconocido/Niega Responder
<input type="checkbox"/>	Compañero/Pareia	<input type="checkbox"/>	Separdo	<input type="checkbox"/>	Viudo/a

EDUCACIÓN:

<input type="checkbox"/>	1 Año	<input type="checkbox"/>	17 Años	<input type="checkbox"/>	3 Años
<input type="checkbox"/>	1 Año de Educación Especial	<input type="checkbox"/>	18 Años	<input type="checkbox"/>	4 Años
<input type="checkbox"/>	1 Año Vocacional/Técnica	<input type="checkbox"/>	19 Años	<input type="checkbox"/>	5 Años
<input type="checkbox"/>	10 Años	<input type="checkbox"/>	1 Año Preescolar	<input type="checkbox"/>	6 Años
<input type="checkbox"/>	11 Años	<input type="checkbox"/>	2 Años	<input type="checkbox"/>	7 Años
<input type="checkbox"/>	12 Años	<input type="checkbox"/>	2 Años o Más Educación Especial	<input type="checkbox"/>	8 Años
<input type="checkbox"/>	13 Años	<input type="checkbox"/>	2 Años Preescolares	<input type="checkbox"/>	9 Años
<input type="checkbox"/>	14 Años	<input type="checkbox"/>	2 Años Vocacional/Técnica	<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	15 Años	<input type="checkbox"/>	20+ Años	<input type="checkbox"/>	Desconocido/Niega Responder
<input type="checkbox"/>	16 Años				

ESTADO DE EMPLEO:

<input type="checkbox"/>	Tiempo Completo (32+ Horas a la semana sin incluir las Fuerzas Armadas)	<input type="checkbox"/>	No Empleado/a – Retirado	<input type="checkbox"/>	Parte de Tiempo (16-32 Horas A La Semana No Incluyendo las Fuerzas Armadas)
<input type="checkbox"/>	<i>En las Fuerzas Armadas</i>	<input type="checkbox"/>	<i>No Empleado /a- Estudiante</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Desempleado – Despedido de un Trabajo</i>
<input type="checkbox"/>	Not Empleado/a – Ama de Casa	<input type="checkbox"/>	No Empleado/a – No puedo trabajar debido a Salud Mental, Desarrollo	<input type="checkbox"/>	Desempleado – Buscando Trabajo
<input type="checkbox"/>	No Empleado/a – Otro No buscando Empleo en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>	No Empleado/a – No puedo trabajar debido a Otro Desorden	<input type="checkbox"/>	Desconocido/Niega Responder
<input type="checkbox"/>	No Empleado/a - Residente/Preso En una Institución	<input type="checkbox"/>	Parte de Tiempo (1-15 Horas a La Semana No Incluyendo las Fuerzas Armadas)	<input type="checkbox"/>	

Nombre:

MR#:

CSI - FORMA DE ADMISIÓN

OCCUPATION:

Ocupaciones de Apoyo Administrativo incluyendo de Oficina	Mecánica y Reparaciones	Ocupaciones de Especialidad Profesional
Oficios de Construcción	Ocupaciones Militares	Ocupaciones de Servicios de Protección
Ocupaciones Ejecutivas, Administrativas y Directivas	Nunca Empleado	Ocupaciones de Ventas
Ocupaciones Extractivas	Ocupaciones de Producción de Precisión	Ocupaciones de Servicio, Excepto Protectivo y Hogar
Ocupaciones de Fabricantes, Ensambladores, y Obra de Mano	Niño de Edad Preescolar o Estudiante	Técnicos y Ocupaciones de Apoyo Relacionadas
Ocupaciones de Agricultura, Silvicultura y Pesca	Ocupaciones de Hogar Privado	Ocupaciones de Transporte y Movimiento de Materiales
Manejadores, Limpiadores de Equipo, Ayudantes y Obreros	Inspectores de Producción, Probadores, Prabador de Muestras y Pesadores	Desconocido/Niega Responder
Operadores de Máquina y Ofertas, Excepto Precisión		

POBLACIÓN ESPECIAL:

Servicios de Tratamiento Asistido con Consultas externas (AB 1421)	Asistencia Social con plan de trabajo servicio(s) específicos	Servicios sin demográficas
--	---	----------------------------

CLASE LEGAL:

Tratamiento Intensivo de 14 Días	Retención Adicional de 30 Días	Otro estado civil involuntario
Evaluación de 72 horas para Adultos	Cargos y/o condenas pendientes	Otra estado criminal involuntario
Evaluación de 72 horas para Niños	Determinación de competencia para ser juzgado	Trasladado del centro correccional
Retención Adicional de 14 Días	Determinación de psicopatía sexual y categorías relacionadas legales	Desconocido/Niega Responder
Retención Adicional de 180 Días	Declarado "no culpable por razones de insanidad" o "culpable pero demente"	Voluntario

CONSERVADOR/ESTADO DE LA CORTE:

Conservador Temporario	PC 2974	Corte Juvenil – Delincuente Menor
Lanterman-Petris-Corto	Representante de beneficiario sin Conservador	No Aplicable
Murphy	Corte de Menores, Dependiente de la corte	Desconocido/Niega Responder
Legalización de un testamento	Corte de Menores – Estado Delincuente	

NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD QUE EL CLIENTE CUIDA/Y ES RESPONSABLE POR LO MENOS EL 50% DEL TIEMPO: _____

NÚMERO DE ADULTOS DEPENDIENTES 18 AÑOS DE EDAD O MAYORES QUE EL CLIENTE CUIDA / Y ES RESPONSABLE POR LO MENOS 50% DEL TIEMPO: _____

Numero de Licencia/ID #: _____

País Emisor : _____

Contacto De Emergencia /Pareja:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección : _____

Teléfono: _____

Nombre:

MR#: