Condado de Santa Cruz Salud Mental de La Comunidad
Información Confidencial del Cliente
Forma de Registración

Consumer **#:** _____

Data Entry
Initials: _____

System of Care: (Check all that apply)
MH_____ADP____MCO____

☐ Consumer Update
☐ Initial Registration

Nombre Legal: _____
Primer Apellido Nombre Segundo Apellido

Nombre de Nacimiento: _____
Primer Apellido Nombre Segundo Apellido

Otro Nombre (si tiene): _____
Primer Apellido Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/___/_____ **Número de Seguro Social**: _____-_____-_____ **Número de Licencia de Conducir**: _____**Estado**: _____

Nombre de su Madre: _____**Lugar de Nacimiento del Cliente:** _____
Nombre Ciudad Estado País

Información de la Dirección del Cliente:

Tipo de Dirección Actual: ¿Casa? ☐ ¿Albergue? ☐ ¿Sin un Hogar? ☐ **Condado de Residencia:** _____

Dirección: _____
Calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Dirección Postal: ☐ Igual que se Mencionó Anteriormente

Dirección: _____
Calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (_____)-_____-_____**Tipo:** Celular ☐ Fax ☐ Casa ☐ Mensaje ☐ Localizador ☐ Trabajo ☐

Género: Mujer ☐ Hombre ☐ Otro ☐ Desconocido ☐ **Proveedor Primario de Cuidado: # de Dependientes Menores de 18**: _____ **Más de 18**: ___

Su Estatus Legal en un Tribunal/Corte: _____

Estado Civil: Soltero/a: ☐ Casado/a: ☐ Viudo/a: ☐ Divorciado/a: ☐ Separado/a: ☐ Desconocido: ☐

Origen Hispano/Latino: No Hispano: ☐ Méxicano/México-Americano: ☐ Cubano: ☐ Puerto Riqueño: ☐ Otro Hispano/Latino: ☐ Desconocido: ☐

RAZA: (Marque todo lo que aplique)						
	México-Americano: ☐	Chino: ☐	Japonés: ☐	Coreano: ☐	Guamanian: ☐	Desconocido: ☐
	Americano: ☐	Vietnamita: ☐	Filipino: ☐	Samoan: ☐	Hmong: ☐	
	Afro-Americano: ☐	Laosiano: ☐	Otro Asiático: ☐	Indio Asiático: ☐	Mien: ☐	
	Nativo Americano: ☐	Camboyano: ☐	Otra Raza No Blanco: ☐	Nativo Hawaiano: ☐	Otro Isleño Pacífico: ☐	

(Por Favor Escriba la Letra)						
Idioma que más Habla: _____	A. Inglés B. Español C. Dialecto Chino D. Japonés E. Dialecto Filipino F. Vietnamita	G. Laosiano H. Camboyano I. Lenguaje a Señas ASL J. Otro K. Cantones	L. Coreano M. Mandarín N. Armenio O. Ilacano P. Mien Q. Hmong	R. Turco S. Hebreo T. Francés U. Polaco V. Ruso W. Portugués	X. Italiano Y. Árabe Z. Samoan 1. Tailandés 2. Farsi	3. Otro tipo de Lenguaje a Señas 4. Otro Chino 9. Desconocido
Idioma que la Familia Preferiere: _____						

(Por Favor Indique el Código)		
Discapacidad: _____	0-Ninguna 1-Ver (Vista) 2-Oír 4-Hablar 8-Movimiento	16-Salud Mental 32-Discapacidades del Desarrollo 64-Otro Z0-Me Niego a Declarar Z4-Incapaz de Contestar

Nombre del Cliente: _____
Primer Apellido Nombre Segundo Apellido

Educación:

Año Escolar Más Alto Qué Término: _____

Distrito Escolar: _____(*children's Only*)

Padre o Madre/ Tutor Legal:

Relación: _____

Nombre de Contacto: _____
Primer Apellido Nombre Segundo Apellido

Dirección: _____
Calle Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: _____ **Tipo:** Casa ☐ Trabajo ☐ Celular ☐ Otro: _____

Código para la Situación de Vivienda: _____

1- Vive Solo 2- Vive con su Familia 3- Vive con Parientes – (2) 4- Vive con Otras Personas 5- Familia de Crianza 6- En un Cuarto 7- Vivienda Compartida 8- Casa Hogar 9- Sistemas Comunitarios de Tratamiento Residencial - Cuidado Extendido/Temporal 10-Vivienda Satélite 11-Alternativo a Hospitalización, <= 6 Camas 12- Alternativo a Hospitalización, => 7 Camas 13- Casa o Apartamento – (3)	14- Casa o Apartamento con Apoyo 15- Casa o Apartamento con Supervisión 16- Vivienda con Apoyo 20- Casa de Huéspedes Chica 21- Casa de Huéspedes Grande 22- Centro de Tratamiento Residencial 23- Centro Comunitario para el Tratamiento 24- Rehabilitación Residencial/Social para Adultos	31- Hospital del Estado 32- Hospital de Veteranos 33- Centro de Atención Intermedia -Razón Psiquiatríca 34- Centro de Atención Intermedia/Hogar de Ancianos 35- Hospital General 36- Rehabilitación de Salud Mental 37- Centro de Salud Psiquiatríca para Pacientes Internados 40- Centro para el Abuso de Drogas 41- Centro para el Abuso de Alcohol 42- Relacionadas con la Justicia	50- Disposición Temporal 51- Sin Hogar o Casa – (1) 52- Sin Hogar o en Tránsito 98- Otro 99- Desconocido

Código para el Estado de Empleo: _____

01- Trabajo en el Mercado Competitivo, 35 horas o más por semana – (4) 02- Trabajo en el Mercado Competitivo menos de 20 horas por semana – (3) 03- Trabajo en el Mercado Competitivo, 20 a 35 horas o más por semana 04- Responsibilidad de Cuidado de Hogar Tiempo Completo 05- Trabajo de Rehabilitación, 35 horas o más por semana	06- Trabajo de Rehabilitación, menos de 20 horas por semana 07- Trabajo de Rehabilitación, 20 a 35 horas por semana 08- Escuela, Tiempo Completo 09- Entrenamiento de Trabajo, Tiempo Completo 10- Medio Tiempo en la Escuela/Entrenamiento de Trabajo 11- Trabajo Voluntario 12- Desempleado, Solicitando Empleo – (2)	13- Desempleado, No Estoy Solicitando Empleo – (1) 14- Jubilado 15- No Estoy Trabajando en el Mercado Competitivo – (5) 16- Desconocido 17- Residente/Preso 18 - Discapacidad/Desempleado 19 - Estudiante Empleado 20 - Mitad de Tiempo 35 horas o menos

Forma Llenada Por: _____Fecha:_____/____/_____