



Network Provider Registro y admisión del cliente

PROVIDER USE ONLY	
Client MRN: _____	
<input type="checkbox"/> Initial Registration (1st visit)	
<input type="checkbox"/> Annual Update	
PROVIDER NAME: _____	
<input type="checkbox"/> MD Add-on Date: _____	
MD NAME: _____	

NOMBRE DEL CLIENTE				
Apellido actual del cliente	Primer nombre	Segundo nombre	Título (Sr./Sra., Jr)	Fecha de hoy
Alias, otros nombres usados en el pasado:				
IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE				
Fecha de nacimiento		N.º del Seguro Social:		Número de tarjeta Medi-Cal (CIN)
Condado de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento	Apellido de la madre	Primer nombre de la madre
DIRECCIÓN				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal +4
Tipo de dirección (Marque una) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Se desconoce				
TELÉFONO				
Número de teléfono		Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensajes <input type="checkbox"/> Buscapersonas <input type="checkbox"/> Trabajo		
DATOS DEMOGRÁFICOS				
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Se desconoce		Estado civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Sin datos <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se desconoce		
N.º de dependientes menores de 18:		N.º de dependientes mayores de 18:		
Régimen de vivienda residencial (marque una respuesta)				
<input type="checkbox"/> Centro residencial para adultos	<input type="checkbox"/> Sin hogar, sin residencia	<input type="checkbox"/> Vive solo	<input type="checkbox"/> Centro pequeño de alojamiento y cuidado	
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento del alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sin hogar, sin residencia identificable	<input type="checkbox"/> Vive con la familia	<input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada (SNF)/Centro de atención intermedia (ICF)	
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento comunitario	<input type="checkbox"/> Casa o apartamento	<input type="checkbox"/> Vive con otros	<input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada (SNF)/Centro de atención intermedia (ICF) - Razones psiquiátricas	
<input type="checkbox"/> Centro residencial para crisis	<input type="checkbox"/> Casa o apartamento con supervisión	<input type="checkbox"/> Vive con parientes	<input type="checkbox"/> Hospital estatal	
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento por drogadicción	<input type="checkbox"/> Casa o apartamento con apoyo	<input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación de salud mental (24 horas)	<input type="checkbox"/> Vivienda de respaldo	
<input type="checkbox"/> Casa de familia de acogida	<input type="checkbox"/> Centro psiquiátrico con hospitalización/Centro de salud psiquiátrica (PHF)	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial (Menor, nivel 13-14)	<input type="checkbox"/> Arreglo temporal	
<input type="checkbox"/> Hospital general	<input type="checkbox"/> Instituto de enfermedades mentales (IMD)	<input type="checkbox"/> Residencia satélite	<input type="checkbox"/> Hospital de VA	
<input type="checkbox"/> Hogar colectivo (Menor, nivel 1-12)	<input type="checkbox"/> Relacionado con la justicia	<input type="checkbox"/> Habitación individual	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Alojamientos en grupo	<input type="checkbox"/> Centro grande de alojamiento y cuidado		<input type="checkbox"/> Se desconoce/No se indica	
Tipo de ocupación (marque una respuesta)		Situación laboral (marque una respuesta)		
<input type="checkbox"/> Ejecutivo/Gerente	<input type="checkbox"/> Agricultura/Silvicultura	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Estudiante, Empleado a tiempo parcial	
<input type="checkbox"/> Producción/Jornalero	<input type="checkbox"/> Ventas/Servicio	<input type="checkbox"/> Tiempo completo, 35 horas o más a la semana (comp)	<input type="checkbox"/> Estudiante, Tiempo completo	
<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Se desconoce/No hay datos	<input type="checkbox"/> Tiempo completo, 35 horas o más a la semana (no comp)	<input type="checkbox"/> Estudiante, A tiempo parcial	
Condición de veterano (marque una respuesta) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Capacitación a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Desempleado, busca trabajo activamente	
		<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico, No busca trabajo	<input type="checkbox"/> Desempleado, no busca trabajo	
Origen hispano (marque una respuesta) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano estadounidense <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Se desconoce/sin declarar		<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico, Busca trabajo	<input type="checkbox"/> Trabajador voluntario	
		<input type="checkbox"/> Tiempo parcial, menos de 35 horas a la semana (comp)	<input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> Tiempo parcial, menos de 35 horas a la semana (no comp)	<input type="checkbox"/> Se desconoce/No hay datos	
		<input type="checkbox"/> Residente/Interno en institución	<input type="checkbox"/> Capacitación a medio tiempo	
		<input type="checkbox"/> Jubilado		

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Raza (marque todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Se desconoce/No responde
<input type="checkbox"/> Indio americano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática	
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Latinoamericano	<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otra raza del sudeste asiático	
<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Mexicano americano	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática	<input type="checkbox"/> Samoano	
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Otra raza hispana	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
				<input type="checkbox"/> Blanco o caucásico	

Idioma primario: (marque una respuesta)			Idioma preferido: (marque una respuesta)		
<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano	<input type="checkbox"/> Ilocano	<input type="checkbox"/> Polaco	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano	<input type="checkbox"/> Ilocano	<input type="checkbox"/> Polaco
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Portugués
<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Armenio	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Ruso
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Tagalo
<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Otro chino	<input type="checkbox"/> Turco	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Otro chino	<input type="checkbox"/> Turco
<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Otro idioma distinto del inglés	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hebreo	<input type="checkbox"/> Otro idioma distinto del inglés	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Otro lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> Se desconoce/No responde	<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Otro lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> Se desconoce/No responde

EDUCACIÓN

Tipo:
 Grado más alto completado: _____ Ninguno No contesta

CONTACTO DE EMERGENCIA O PARA MENSAJES

Relación con el cliente:	Tipo de contacto: <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Mensaje
Apellido actual del contacto Primer nombre	Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensajes <input type="checkbox"/> Buscapersonas <input type="checkbox"/> Trabajo

***** SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR *****
******* PROVIDER USE ONLY *******

Facility/Place of Service – Location (City):	Group Name: (if applicable)
-----------------------------------------------------	------------------------------------

Admission Date: (first billable service)	ICD-10 Code: F	DSM-5 Description:
-------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------

Legal/Court Status	
<input type="checkbox"/> Temporary Conservatorship (WI Code Section 5353) <input type="checkbox"/> LPS Conservatorship (WI Code Section 5358) <input type="checkbox"/> Murphy Conservatorship (WI Code Section 5008) <input type="checkbox"/> Probate (Probate Code, Division 4, Section 1400) <input type="checkbox"/> Parolee PC 2974 (Penal Code, Section 2974)	<input type="checkbox"/> Representative Payee (WI Code Section 5686) <input type="checkbox"/> Juvenile Court, Dependent of the Court (WI Code, Section 300) <input type="checkbox"/> Juvenile Court, Ward - Status Offender (WI Code Section 601) <input type="checkbox"/> Juvenile Court, Ward - Juvenile Offender (WI Code Section 602) <input type="checkbox"/> Not Applicable

Substance Use? Yes No Unknown SU ICD-10 Code: _____

Provider Printed Name/License	Signature	Date
--------------------------------------	------------------	-------------