



EVALUACION DEL CLIENTE PARA SERVICIOS DE REGISTRO

Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____, CA _____
Calle Ciudad Código

#SS: _____ - _____ - _____ Teléfono: (____) _____ E-mail _____

Nombre del Trabajador Social de IHSS: _____ Teléfono _____

1. Es actualmente miembro de Molina [] o IEHP [] ?

2. Mi idioma principal es: [] Inglés [] Español Otro: _____

3. Fuma? [] Sí [] No

4. Contrataría un proveedor que fuma? [] Sí [] No [] Preferencia / bajo qué condición: _____

5. Tiene mascotas en su hogar? [] Sí [] No

6. Tiene alguna condición de salud? [] Sí [] No

Si responde Si, indíquelos debajo

[] Discapacidad mental Tipo _____

[] Enfermedades infecciosas Tipo _____

[] Discapacidad de desarrollo Tipo _____

7. Contrataría un proveedor con un historial de antecedentes criminales? [] Sí [] No

8. Tiene un automóvil? [] Sí [] No [] Proveedor debe tener automóvil

9. Esta su casa cerca de transporte publico? [] Sí [] No

10. Vive solo(a)? [] Sí [] No

11. Preferencia de género del proveedor? [] Masculino [] Femenino [] No Preferencia

12. Como se mueve por su hogar?

[] A pie [] Debe Permanecer en cama [] Con bastón [] Con andador [] En silla de ruedas

13. Tiene actualmente un proveedor? [] Sí [] No

14. Que es su preferencia de horario con respecto a un proveedor? (marque todas las que apliquen):

[] Mañana [] Por la tarde [] Por la noche [] Durante la noche

[] Lunes a Viernes (diario) [] Lunes – Viernes (1 – 4 días a la semana) [] Fin de semana

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Términos de Uso y Divulgación de Información

Entiendo que la información contenida en esta aplicación está destinada al uso exclusivo del Condado de San Bernardino In-Home Supportive Services Public Authority con el propósito de ofrecerme una lista de referencias de proveedores pre-seleccionados de IHSS. Entiendo que mi uso de servicios del registro no me compromete a contratar personas referida por Public Authority, ni implica una garantía de satisfacción con las personas referidas. Entiendo que tengo el derecho a contratar, despedir y supervisar el trabajo de cualquier proveedor de IHSS referidos por Public Authority.

Términos de Liberación de Información Personal

En orden de que IHSS Public Authority obtenga y de información sobre usted a otras personas o agencias, leyes Federales y Estatales requieren su autorización. Por favor, seleccione todas las secciones aplicables:

Por la presente autorizo a Public Authority para intercambiar con:

- IHSS / DAAS** **Proveedor** **Hospital** **Contacto de Emergencia**
 Otro: _____

Si usted ha autorizado para discutir información confidencial, especifique el periodo durante el cual nos podemos comunicar con las personas / agencias mencionadas, marcando la casilla correspondiente abajo.

- Autorizo la comunicación en curso a menos que revoque este consentimiento por escrito.**
 Autorizo la comunicación solo hasta _____ **(especificar la fecha).**

Entiendo que no tengo que estar de acuerdo para dar información confidencial y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, y si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que IHSS Public Authority tomo antes de que recibiera la revocación. Una copia de este formulario será considerada tan válida como la original.

Firma de Cliente

Fecha

Nombre (en imprenta)

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE	TELEFONO	RELACION A USTED

ASISTENCIA EN COMPLETAR ESTA SOLICITUD FUE PROVEEIDA POR:

Nombre

Firma

Fecha