

BEHAVIORAL HEALTH DEMOGRAPHIC UPDATE FORM

San Luis Obispo Behavioral Health Department		<input type="checkbox"/> DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805) 781-4275 FAX (805) 781-1227		<input type="checkbox"/> MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177		
Nombre de Cliente: <small>Client Name</small>			Numero de Cliente:			
Domicilio <small>Street Address</small>		Ciudad <small>City</small>		Estado <small>State</small>	Código Postal <small>Zip</small>	
Dirección de Correo (si es diferente de arriba) <small>Mailing Address</small>		Ciudad <small>City</small>		Estado <small>State</small>	Código Postal <small>Zip</small>	
Teléfono de Casa/Mensaje <small>home phone</small>	Celular <small>Cell Phone</small>	<input type="checkbox"/> Se Puede Dejar Mensaje? <small>OK leave message?</small>		Correo Electrónico <small>email address</small>		
NUEVOS CONTACTOS <small>new Contact</small>	Nombre de Trabajador Social <small>Social Worker Name</small>			Teléfono de Trabajador Social <small>Social Worker Phone</small>		
	Nombre de Oficial de Probación <small>Probation Officer Name</small>			Teléfono de Oficial de Probación <small>Probation Officer Phone #</small>		
ESTADO CIVIL <small>Marital Status</small>	<input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <small>Never married Married Widowed Divorced Separated Domestic Partner</small>					
EMPLEO WORK	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (35 horas o mas) <small>35 hrs. or more</small>		<input type="checkbox"/> Desempleado(Buscando) <small>Looking for work</small>		<input type="checkbox"/> No en la fuerza de labor(No buscando) <small>no seeking</small>	
	<input type="checkbox"/> Parte de tiempo (Menos de 35 hrs) <small>Less 35 hrs</small>		<input type="checkbox"/> Desempleado (No buscando) <small>Not looking</small>		<input type="checkbox"/> Otro <small>Other</small>	
	Porque no esta buscando empleo (razón)? <small>Why are you not looking for work?</small>					
VIVIENDA <small>LIVING ARRANGEMENTS</small>	<input type="checkbox"/> Casa/Apt/Casa Mobil <input type="checkbox"/> Familia o Amigos <input type="checkbox"/> Residencia Rehab de Droga <input type="checkbox"/> Casa de Grupo <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza (nino/joven) <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Sin Hogar in transición <input type="checkbox"/> Hogar Correccional <input type="checkbox"/> Hogar de Sobriedad <input type="checkbox"/> Otro					
FAMILIA <small>FAMILY</small>	Esta Embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>Pregnant?</small>	Fecha de Parto: <small>Due date</small>	Numero de Niños 0 - 5 años <small>Kids 0-5 Yrs</small>	Numero de niños 6 - 17 años <small>Kids 6-17 Yrs</small>		
	Ha tenido o tiene un caso abierto de CWS? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>Have or do you have an open CWS Case?</small>					
Otros nombres usado <small>Other names used</small>	Alias/APELLIDO de Soltera <small>Alias/Maiden Last Name</small>		Primer <small>First</small>	Segundo <small>Second</small>		
INFORMACION DE EMERGENCIA <small>EMERGENCY INFO</small>	Nombre <small>Name</small>		Teléfono <small>Phone</small>		Teléfono de Trabajo <small>Work Phone</small>	
	Domicilio <small>Address</small>			Relación a Usted <small>Relationship</small>		
IFORMACION LEGAL <small>LEGAL</small>	<input type="checkbox"/> Nombre y Tel de Oficial de Parole <small>Parole Officer Name & Phone #</small>		CDC #			
	<input type="checkbox"/> Otro-Especifique/ Consentimiento Legal CSI <small>Other-Specify/CSI Legal Consent</small>		# de Caso de Corte <small>Court Case #</small>			
FINANCIAL	Medi-Cal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Medicare Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ayuda General Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>General Assistance</small>	
	Aseguranza Privada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <small>Private Insurance</small>		Nombre de Aseguranza: <small>Insurance Name</small>			
	Grupo/# de Póliza <small>Group/Policy #</small>		Domicilio de Aseguranza <small>Insurance Address</small>			
	Ingreso Mensual Familiar? <small>Monthly family income</small>		Cuántas Personas viven con usted incluyéndose usted? <small>How many people live on your income including you?</small>			
NOMBRE DE CLIENTE <small>CLIENT NAME</small>			NUMERO DE CLIENTE <small>CLIENT NUMBER</small>			
Nombre de personal obteniendo información <small>Staff Name obtaining information</small>			Fecha de informacion actual proveída por cliente <small>Date of Updated Info provided by Client</small>			

BH CLIENT DEMOGRAPHIC UPDATE FORM