



# Autoridad Pública IHSS del Condado de San Bernardino

784 E. Hospitality Lane, San Bernardino, CA 92415-0034

• Línea gratuita 1 (866) 985-6322 • Fax (909) 927-4176

## EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE CLIENTES DEL IHSS-PA

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_, CA \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

# de caso: \_\_\_\_\_ 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. ¿Contratará a un proveedor que fume? Sí No Preferencia / bajo qué condición: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene mascotas en su hogar? Sí No Tipo \_\_\_\_\_

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 a un proveedor con antecedentes penales? Sí No

8. ¿Tiene un automóvil? Sí No Proveedor debe tener automóvil

9. ¿Esta su casa cerca de transporte público? Sí No

10. ¿Vive solo(a)? Sí No Si no, por favor indíquelo. \_\_\_\_\_

11. ¿Preferencia de género del proveedor? Masculino Femenino No Preferencia

12. ¿Como se mueve por su hogar? A pie Debe encamado 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):

Por la mañana Por la tarde Por la noche Durante la noche  
Lunes a Viernes (diario) Lunes a 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 Servicios de apoyo en el hogar Autoridad Pública 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 por la Autoridad Pública.

## Términos de Liberación de Información Personal

Que Autoridad Pública IHSS 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 Autoridad Pública intercambiar con:

**IHSS / DAAS**

**Proveedor**

**Hospital**

**Contacto de Emergencia**

**Otro:** \_\_\_\_\_

Si usted ha autorizado información confidencial, especifique el periodo durante el cual podemos comunicar con las personas / agencias mencionadas arriba, 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 este consentimiento en cualquier momento por escrito, y si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que 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:**

<b>NOMBRE</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>RELACIÓN A USTED</b>

## **ASISTENCIA EN COMPLETAR ESTA SOLICITUD FUE PROVEEIDA POR:**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha