

*Registro de la Autoridad Pública
del Condado de San Benito*

1111 San Felipe Rd., Suite 108
Phone: (831) 634-0784 Fax: (831) 634-0796
PA-IHSS@sanbenitocountyca.gov

SOLICITUD DE REGISTRO PARA CONSUMIDOR

*Nombre del Aplicante	Medio Nombre	*Apellido
*Domicilio	Ciudad/Estado	Código Postal
Dirección de Envío (Diferente)	Ciudad/Estado	Código Postal
*Teléfono Celular	*Correo electrónico	

INFORMACION GENERAL

*Genero <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	*Fecha de Nacimiento	*# de Caso de IHSS
Horas Mensuales	*Origen Étnico	¿Cómo se enteró de nosotros?
Estatura (Ft.-in.)	Peso (Lb.)	Movilidad

REFERENCIAS

*¿Recibir referencias por correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Recibir referencias por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Idioma preferido de la carta de presentación? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
---	---	--

LENGUAJE

*Idioma Principal Hablado	Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
Idioma Secundario Hablado	Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
*Idioma Principal Escrito	Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español

CONTACTOS

*Primer Nombre	Medio Nombre	*Apellido
*Relación con el Consumidor	*Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de Envío	Ciudad/Estado	Código Postal
*Recibir Referencias por correo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Recibir Referencias por Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Teléfono de Celular	*Correo electrónico	
Representante Autorizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Conservador: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorización para Revelar Información: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

REQUISITOS ESPECIALES

<input type="checkbox"/> Adulto con Discapacidades del Desarrollo: Autismo, Lesión Cerebral, Parálisis Cerebral, Epilepsia, etc.	<input type="checkbox"/> Cuidado de Hospicio
<input type="checkbox"/> Adulto con Discapacidades Físicas	<input type="checkbox"/> Problemas de Memoria
<input type="checkbox"/> Alzheimer 's o Demencia	<input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental: Trastorno Bipolar, Acumulación, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Esquizofrenia, etc.
<input type="checkbox"/> Ceguedad / Deficiencia Visual	<input type="checkbox"/> Cuadripléjico
<input type="checkbox"/> Niño/Menor con Discapacidades del Desarrollo: Autismo, Lesión Cerebral, Parálisis Cerebral, Epilepsia, etc.	<input type="checkbox"/> Sin-Aroma
<input type="checkbox"/> Niño/Menor con Discapacidades Físicas	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla / No puede hablar
<input type="checkbox"/> Enfermedad contagiosa (enfermedad infecciosa o enfermedad transmisible transmitida fácilmente por contacto físico o proximidad)	<input type="checkbox"/> Fumar: <input type="checkbox"/> No fumar <input type="checkbox"/> Fumar adentro y afuera <input type="checkbox"/> Fumar solamente afuera
<input type="checkbox"/> Sordera / Discapacitados Auditivos	<input type="checkbox"/> Estado de Emergencia
<input type="checkbox"/> Ancianos	

NECESIDADES DEL CONSUMIDOR

<input type="checkbox"/> Coche/Vehículo: Equipado con rampa/elevador	<input type="checkbox"/> Coche/Vehículo: Vehículo Estándar de Pasajero
<input type="checkbox"/> Leer y Escribir en ingles	<input type="checkbox"/> Planificar: Días Festivos
<input type="checkbox"/> Planificar: Vivir en Casa Asignación	<input type="checkbox"/> Planificar: Disponible las 24 horas (On-Call)
<input type="checkbox"/> Planificar: Asignación a corto plazo	<input type="checkbox"/> Planificar: Atención Urgente
<input type="checkbox"/> Transferencia: Puede transferir consumidores con sobrepeso	<input type="checkbox"/> Transfers: Gait Belt Transfer
<input type="checkbox"/> Transferencia: Hoyer Lift	<input type="checkbox"/> Transferencia: Transferencia Pivot
<input type="checkbox"/> Transferencia: Puede con tablero deslizante	<input type="checkbox"/> Trabajar con diabéticos
<input type="checkbox"/> De Fumar: <input type="checkbox"/> No preferencia si el proveedor fuma o no <input type="checkbox"/> Proveedor debe ser un "No Fumador" <input type="checkbox"/> Proveedor puede fumar mientras trabaja	<input type="checkbox"/> El proveedor puede ser fumador pero no debe fumar mientras trabaja, o puede fumar afuera durante los descansos <input type="checkbox"/> El proveedor puede ser fumador pero no debe fumar mientras trabaja o durante los descansos

NECESIDADES ESPECIALES

PREFERENCIA DE GÉNERO

<input type="checkbox"/> No Preferencia	<input type="checkbox"/> Si:	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
---	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

EL CONSUMIDOR TIENE ESTOS ANIMALES

<input type="checkbox"/> Pájaros (enjaulados)	<input type="checkbox"/> Gatos	<input type="checkbox"/> Perros
<input type="checkbox"/> Reptiles (enjaulados)	<input type="checkbox"/> Otro:	

LENGUAJE REQUERIDO

<input type="checkbox"/> Proveedor debe hablar el idioma seleccionado	<input type="checkbox"/> Proveedor puede hablar cualquier idioma seleccionado
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	

LICENCIAS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

CNA CPR FIRST AID EMT RN RNA TB TEST CERTIFICATE

ÁREAS GEOGRÁFICAS - Marque la ciudad o área donde vive el consumidor:

<input type="checkbox"/> Aromas <input type="checkbox"/> Hollister <input type="checkbox"/> Paicines <input type="checkbox"/> Panoche <input type="checkbox"/> San Juan Bautista <input type="checkbox"/> Tres Pinos <input type="checkbox"/> New Idria

SERVICIOS AUTORIZADOS DEL CONSUMIDOR

<input type="checkbox"/>	Servicios Domésticos (limpieza del hogar – barrer, lavar pisos, aspirar, limpiar polvo, etc.)	<input type="checkbox"/>	Transferir/Traslado <input type="checkbox"/> Hoyer Lift <input type="checkbox"/> Slide Board <input type="checkbox"/> other:
<input type="checkbox"/>	Preparación de Comidas	<input type="checkbox"/>	Bañar, Higiene Oral, Arreglo (ayudar o asistir al consumidor)
<input type="checkbox"/>	Limpieza después de Comidas	<input type="checkbox"/>	Frotar la piel/Reacomodar (pierna/pie masaje, asistir ejercicios de rango de movimiento)
<input type="checkbox"/>	Lavandería (lavar y secar ropa, arreglar, doblar y guardar	<input type="checkbox"/>	Cuidado y Asistir al Consumidor (asistir con audífonos, anteojos, prótesis, etc.)
<input type="checkbox"/>	Compras de Comida	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento a Citas Médicas
<input type="checkbox"/>	Otras Compras y diligencias	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento a Recursos Alternativos
<input type="checkbox"/>	Respiración (ayuda con aparato auto administrado, oxígeno, etc.)	<input type="checkbox"/>	Supervisión de Protección (observar el comportamiento del cliente con deterioro cognitivo)
<input type="checkbox"/>	Cuidado Personal (ayuda con usar el baño, cambiar pañales)	<input type="checkbox"/>	Servicios Paramédicos (inyecciones, cuidado de heridas, etc.)
<input type="checkbox"/>	Alimentación (asistir al cliente con las comidas)	<input type="checkbox"/>	Limpieza Pesada (limpieza completa – servicio una vez
<input type="checkbox"/>	Baño en cama de rutina	<input type="checkbox"/>	Reducción de Riesgos en el Patio (Yard Hazard Abatement)
<input type="checkbox"/>	Vestir (ayuda a poner/quitar ropa o zapatos)	<input type="checkbox"/>	Remover Hielo, Nieve
<input type="checkbox"/>	Cuidado menstrual	<input type="checkbox"/>	Enseñanza y Demostración (Asistir con medicamentos (recordar al cliente de tomar sus medicamentos)
<input type="checkbox"/>	Deambulación (ayuda al consumidor a caminar o moverse de un lugar a otro)		

MARQUE LA HORA Y LOS DÍAS QUE SOLICITARÁ EL CONSUMIDOR PARA RECIBIR SERVICIOS

	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Temprano en la mañana (6am - 8am)							
En la mañana (8am - 10am)							
Tarde en la mañana (10am - 12pm)							
Hora del mediodía (12pm a 1pm)							
Tarde (1pm - 3pm)							
Tarde (3pm - 5pm)							
Tarde (5pm - 7pm)							
Tarde en la noche (7pm - 9pm)							
Noche (9pm - 11pm)							
Tarde en la noche (11pm - 1am)							
Durante la noche (12am - 8am)							