



# Redwood Coast Regional Center

Respecting Choice in the Redwood Community

## Paquete de consulta de admission

Para individuos de 3 años de edad o mayores

Gracias por solicitar servicios con el Centro Regional Redwood Coast (RCRC). RCRC es una agencia que atiende a personas con discapacidades del desarrollo en un área de cuatro condados. Las personas atendidas por nuestra agencia incluyen aquellas con una **Discapacidad Intelectual, Autismo, Parálisis Cerebral, Epilepsia** o una afección estrechamente relacionada con una discapacidad intelectual, o que requieren un tratamiento similar al requerido por personas con una discapacidad intelectual. Además, la condición debe haberse originado antes de los 18 años, y se puede esperar que continúe indefinidamente; y constituye una discapacidad sustancial para ese individuo. Para obtener más información sobre la elegibilidad del Centro Regional, le recomendamos que visite nuestro sitio web en [www.redwoodcoastrc.org](http://www.redwoodcoastrc.org) o el sitio web del Departamento de Servicios de Desarrollo del Estado en [www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov).

Como parte de este proceso inicial, el Especialista de Admisión querrá comenzar a recopilar registros e informes para ayudar a establecer la sospecha de una discapacidad del desarrollo. Incluida en este paquete, encontrará una lista de los tipos de registros que nos son útiles. **Su asistencia para ayudarnos a obtener estos registros es muy apreciada y puede ayudar a acelerar el proceso de Admisión y Elegibilidad.** También complete, de la mejor manera que pueda, el Formulario de Información de Admisión RCRC adjunto.

Cuando haya obtenido copias de los registros/informes, haya completado el Formulario de información de ingreso de RCRC y esté listo para enviarlos, puede enviarlos a:

<input type="checkbox"/> <b>UKIAH</b> Redwood Coast Regional Center 1116 Airport Park Blvd. Ukiah, CA 95482 A la atención de: Directora de Admisión, <b>LORI GUTIERREZ</b> <b>FAX: (707) 462-3314</b> A la atención de: Directora de Admisión, <b>LORI GUTIERREZ</b>	<input type="checkbox"/> <b>EUREKA</b> Redwood Coast Regional Center 525 2 <sup>nd</sup> Street, Suite 300 Eureka, CA 95501 A la atención de: Directora de Admisión, <b>LORI GUTIERREZ</b> <b>FAX: (707) 444-3409</b> A la atención de: Directora de Admisión, <b>LORI GUTIERREZ</b>
--	--

Tenga en cuenta que el envío de los registros y la completación del formulario de información de admisión del RCRC ayuda al centro a establecer la sospecha de una discapacidad del desarrollo. Estos documentos se reenviarán a un especialista de admisión asignado, quien luego le llamará lo antes posible para hablar sobre los próximos pasos del proceso de admisión. Sabemos que las situaciones de los solicitantes son específicas, lo que requiere ciertos registros, por eso apreciamos que nos ayuden a obtenerlos.

Si tiene alguna pregunta sobre sus próximos pasos o necesita ayuda para completar este proceso, llámenos al (707) 462-3832.

Sinceramente,

*El Equipo de Admisión y Elegibilidad*

**Centro Regional de Redwood Coast**  
**Admisión y elegibilidad**  
**Lista de solicitudes de informes y registros**

**Su ayuda para obtener estos registros es muy apreciada y puede ayudar a acelerar el proceso.**

✓		
	Evaluaciones psicológicas	<b>Todas</b> las evaluaciones realizadas por un psicólogo con licencia (PhD, PsyD).
<b>Expediente Educativo</b>		
	IEP (Programa Educativo Individual)	Esto incluye objetivos y planes de servicio. NECESITAMOS el último y todos los trienales (se realizan cada 3 años). Nos gustaría tener tantos como sea posible.
	Evaluaciones Psicológicas Escolares	<b>Todos</b> los informes psicoeducativos realizados por el psicólogo escolar (MS, MA, EdD).
	Informes de terapia del habla	Informes por parte de la escuela y / o práctica privada de patólogos del habla (SLP).
	Informes de terapia ocupacional	Informes de terapeutas ocupacionales (OT) escolares y / o privados.
	Informes de Fisioterapia	Informes por parte de la escuela y / o práctica privada de fisioterapeutas (PT).
	Notas del profesor	Notas, cartas, informes del personal escolar que describen el funcionamiento diario del solicitante.
<b>Registros Médicos</b>		
	Notas de Neurólogo/ Psiquiatra	Información médica neurológica / psiquiátrica (MD / DO).
	Registros médicos	Registros relacionados con la discapacidad del desarrollo y los principales problemas médicos (por ejemplo, síndromes, genética, etc.).
	Ingreso en hospital psiquiátrico en hospital / alta	Registros de cualquier hospital psiquiátrico.
<b>Registros Legales (si corresponde)</b>		
	Tutela legal de un menor	Se necesita el documento final de la carta de tutela de la corte.
	Menor adoptado	Es necesario cambiar el certificado de nacimiento o el documento final de adopción del tribunal.
	Tutela (de un adulto)	Se necesita la carta final del documento de tutela del tribunal.

Sabemos que, por diversas razones, un solicitante puede no tener todo tipo de registros. Sin embargo, le recomendamos que haga todos los esfuerzos para reunirlos y compartir una copia con el Centro Regional. La Unidad de Admisión tendrá que revisar la mayor cantidad de estos que estén disponibles como parte del proceso de admisión y elegibilidad. También es bueno tenerlos para sus propios registros si aún no tiene una copia para usted.

# Centro Regional de Redwood Coast

## ¿A CUAL DE NUESTROS CRITERIOS SE REFIERE?

Discapacidad Intelectual     Autismo     Parálisis Cerebral     Epilepsia

## CUESTIONARIO DE BASE DE DATOS SOCIALES

### INFORMACIÓN DE CLIENTE / INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:

(Se refiere de la persona por quien se están solicitando los servicios)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **Seguro social:** \_\_\_\_\_  
(Primero)                      (Segundo)                      (Apellido)

¿Se conoce a esta persona por algún otro nombre? \_\_\_\_\_

**Dirección:** (Residencial) \_\_\_\_\_  
(De correo) \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Género:** \_\_\_\_\_ **Pronombres preferidos:** \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**GRUPO ÉTNICO:** \_\_\_\_\_

**LENGUAJE(S) PRINCIPAL QUE SE HABLA EN CASA:** \_\_\_\_\_

**LENGUAJE PREFERIDO PARA LAS REUNIONES:** \_\_\_\_\_

**LENGUAJE PREFERIDO PARA LA DOCUMENTACIÓN ESCRITA:** \_\_\_\_\_

**Teléfono para dejar mensaje:** \_\_\_\_\_

**Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_  
(soltero / casado / divorciado / viudo)

**Contacto de emergencia:** (una persona que no viva en la misma casa)

\_\_\_\_\_ (nombre) \_\_\_\_\_ (relación)

\_\_\_\_\_ (dirección) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (código postal) \_\_\_\_\_ (teléfono)

Si la persona solicitante no habla inglés o está sorda (incluyendo señales americanas), persona para traducir:

\_\_\_\_\_ (nombre) \_\_\_\_\_ (teléfono)

Arreglos de vivienda actuales del solicitante y dinámica familiar, quién vive en casa, por cuanto tiempo ha vivido ahí, mencione los miembros de la familia que viven allí, incluyendo mascotas:

---

---

---

¿Quién lo refirió al Centro Regional de la Costa Redwood? \_\_\_\_\_

¿Hay otros miembros de la familia que sean clientes del Centro Regional de la Costa Redwood? S / N

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Trabajador: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:**

Estado civil de los padres biológicos:

- casados     divorciados     separados  
 viudos     solteros     nunca casados

¿Ha muerto uno de los padres?

Madre: S / N Fecha: \_\_\_\_\_ Padre: S / N Fecha: \_\_\_\_\_

Custodia de la persona aplicando (si es menor)

- Madre     Padre     Guardián legal

Condiciones de custodia: \_\_\_\_\_

¿Vivió / Vive la persona solicitante con sus padres naturales o padres de acogida temporal? \_\_\_\_\_

¿Ha sido asignado por la corte un guardián / conservador? S / N

Nombre(s) del padre de acogida / guardián / conservador:

---

(Dirección)

(Teléfono)

Relación a la persona aplicando: \_\_\_\_\_

¿Hay documentos disponibles a RCRC acerca del guardián / conservador? S / N

Fecha cuando fueron obtenidos: \_\_\_\_\_

Lugar donde fueron obtenidos: \_\_\_\_\_

¿Quién tiene los Derechos Educativos de Firma? \_\_\_\_\_

¿Quién tiene los Derechos de Firma de los Padres, incluidos los Médicos?

---

¿Ha tenido el solicitante algún arresto o condena? S / N  
Si respondió que sí, ¿por qué?

\_\_\_\_\_

¿Está el solicitante en libertad condicional? S / N

Nombre de agente de libertad condicional: \_\_\_\_\_

**MADRE DEL SOLICITANTE:**

(nombre completo con apellido de soltera): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_      Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_      Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_      ¿Servicio militar? \_\_\_\_\_

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Nombre/dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

**PADRE DEL SOLICITANTE:** (nombre completo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_      Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_      Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_      ¿Servicio militar? \_\_\_\_\_

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Nombre/dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

**PADRASTRO:** (nombre completo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_      Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_      Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_      ¿Servicio militar? \_\_\_\_\_

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Nombre/dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

**HERMANOS:** (Nombres y edades): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESPOSO/A DEL SOLICITANTE:** (Nombre y edad): \_\_\_\_\_

**HIJOS DEL SOLICITANTE:** (Nombres y edades): \_\_\_\_\_

**PROVEEDOR DE CUIDADO** (Si no son los padres): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de salud de la familia:**

¿Es la persona solicitante adoptada? \_\_\_\_\_

Grupo étnico de la familia biológica: \_\_\_\_\_

**Hay antecedentes en la familia biológica de alguno de los siguientes:**

(Relación, incluya todos los miembros de la familia)

Discapacidad Intelectual (Retraso Mental)	S / N	_____
Convulsiones (epilepsia)	S / N	_____
Parálisis Cerebral	S / N	_____
Enfermedad muscular	S / N	_____
Problemas escolares	S / N	_____
Defectos de Nacimiento	S / N	_____
Diabetes	S / N	_____
Problemas del Corazón	S / N	_____
Problemas del habla	S / N	_____
Baja estatura	S / N	_____
Problemas de audición	S / N	_____
Abuso de sustancias	S / N	_____
Enfermedad mental / emocional	S / N	_____

(Si respondió que sí , por favor explique):

\_\_\_\_\_

¿Otros problemas de salud en la familia? S / N

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS:**

**Antecedentes de embarazo/nacimiento (madre de la persona solicitante):**

Edad de los padres al nacer la persona: Mamá: \_\_\_\_\_ Papá: \_\_\_\_\_

Número total de embarazos: \_\_\_\_\_ Nacimientos vivos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido hijos que han muerto? \_\_\_\_\_ Si respondió que sí, ¿a qué edad murió? \_\_\_\_\_

Causa de la muerte: \_\_\_\_\_

Orden de nacimiento del solicitante (2°, 5°, etc.): \_\_\_\_\_

¿Tuvo la madre cuidado prenatal regular? \_\_\_\_\_

Si respondió que si, ¿cuándo empezó el cuidado médico? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el total de peso que ganó? \_\_\_\_\_

¿Perdió peso la madre durante el embarazo? S / N Si respondió que si, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**SALUD DURANTE EL EMBARAZO:**

Enfermedades: \_\_\_\_\_

¿Tuvo la mamá alguna de las siguientes condiciones durante el embarazo?

Diabetes de gestación S / N \_\_\_\_\_

Toxemia S / N \_\_\_\_\_

Infecciones S / N \_\_\_\_\_

Presión alta S / N \_\_\_\_\_

Sangró S / N \_\_\_\_\_

Rubéola S / N \_\_\_\_\_

Fumó S / N \_\_\_\_\_

Tomó alcohol/drogas S / N \_\_\_\_\_

Otro S / N \_\_\_\_\_

**Medicinas tomadas durante el embarazo**

**Motivo por el cual las tomó**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánto duró el embarazo? (en semanas o meses) \_\_\_\_\_

¿Dónde nació el bebé? Casa S / N Hospital S / N

Si nació en hospital, nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Duración de dolores de parto (horas): \_\_\_\_\_

Tipo de parto:  vaginal  cesárea (programada / emergencia)

Anestesia si fue cesárea:  espina  epidural  general

Posición del bebé:  de cabeza  de pies  otro

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lb. \_\_\_\_\_ oz. Largo: \_\_\_\_\_ pulgadas

Marcaciones APGAR: 1 minuto: \_\_\_\_\_ 5 minutos: \_\_\_\_\_

**Complicaciones después de nacer:**

Problema para respirar

Ictericia ( se puso amarillo )

Color azul

No chupó bien: describa: \_\_\_\_\_

Necesitó oxígeno

Defecto de nacimiento

Tono muscular débil

Tono muscular rígido

Necesitó transfusión

Necesitó antibióticos intravenosos

Total de número de días que pasó el bebé en el hospital: \_\_\_\_\_

El bebé fue alimentado por:  pecho  mamila  ambos

¿Fue ayudado mecánicamente?  tubo NG  tubo OG  tubo GT

Posterior al nacimiento y durante los primeros 12 meses, ¿tuvo el bebé alguna dificultad/problema de salud como ictericia (que se puso amarillo), cianosis (que se puso azul), convulsiones, ataques, infecciones, dificultades para dormir o comer?

¿Algún otro problema durante el primer año que requirió hospitalización? Si tuvo algo, ¿por qué?

---

---

---

¿Tuvo la mamá algún problema de salud después del parto? S / N

Si respondió que sí, por favor explique:

---

---



**ANTECEDENTES DE DESARROLLO:**

Indique la edad (en meses) cuando la persona aplicando por primera vez hizo cada uno de los siguientes:

<u>Área motriz:</u>	edad en meses	<u>Área de ayuda propia:</u>	edad en meses
Se sentó sin apoyo	_____	Comió con las manos	_____
Tomó de un vaso	_____	Usó cuchara bastante bien	_____
Caminó con apoyo	_____	Se entrenó a usar el baño	_____
Caminó sin apoyo	_____	Se vistió solo	_____
Montó triciclo	_____		

<u>Área social:</u>		<u>Área de comunicación:</u>	
Jugó solo	_____	Barbulló (dijo “mamá”, etc.)	_____
Jugó al lado de otros niños	_____	Dijo otras palabras solas	_____
Jugó junto con otros niños	_____	Juntó palabras	_____
Cuando tuvo una actividad favorita	_____	Habló en oraciones	_____
Cuando tuvo un juguete favorito	_____		

<u>Área cognitiva:</u>			
Supo las partes del cuerpo	_____	Contó hasta el 10	_____
Supo algunos colores	_____	Supo la canción de abecedario	_____

¿Qué edad tenía el solicitante cuando usted se preocupó por primera vez de su desarrollo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

¿Ha perdido alguna habilidad de desarrollo que tenía antes? ¿Qué edad? Por favor describa: \_\_\_\_\_

---

---

**Antecedentes de salud de la persona aplicando:**

Por favor marque cualquiera de lo siguiente si lo ha tenido el solicitante y explique. Ponga la edad cuando ocurrió. Por favor incluya el año para que sea más fácil obtener el récord.

	Edad / Año:	Nombre y dirección de hospitales, cuidado brindado
<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cirugías	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lesiones serias / lesión cerebral accidentes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad seria o enfermedad frecuente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	_____
<input type="checkbox"/> Embarazos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Exámenes / evaluaciones:		
Psiquiátrica	_____	_____
Auditiva	_____	_____
Visión	_____	_____
MRI / CT scan	_____	_____
Rayos X	_____	_____
Psicológicas	_____	_____

**Equipo especial:** Por favor escriba cualquier equipo especial usado por el solicitante (de alimentación, movilización, lentes, abrazaderas, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicinas actuales:**

<u>Nombre</u>	<u>Qué cantidad, con qué frecuencia</u>	<u>Motivo</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Convulsiones:** (frecuencia actual de las convulsiones)

*(Si el solicitante no tiene convulsiones, no llene esta sección.)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> más de una al día | <input type="checkbox"/> 7 a 11 por año                                    |
| <input type="checkbox"/> una al día        | <input type="checkbox"/> 1 a 6 por año                                     |
| <input type="checkbox"/> una por semana    | <input type="checkbox"/> ni una en el año pasado (controlado con medicina) |
| <input type="checkbox"/> una por mes       | <input type="checkbox"/> ninguno en ____ años                              |

Tipo de convulsión o descripción de las convulsiones: \_\_\_\_\_

¿Aura antes de la convulsión? S / N

Describe: \_\_\_\_\_

Condición después de la convulsión: \_\_\_\_\_

Tiempo de recuperación después de una convulsión: \_\_\_\_\_

¿Status epilepticus? (convulsiones prolongadas)? S / N

¿Los medicamentos recetados se administran con regularidad y bajo la dirección de un proveedor de atención primaria y / o un neurólogo? Indique el neurólogo y la fecha de la última visita.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Doctor principal actual:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

**Otros doctores actuales y / o anteriores y sus especialidades:**

(Favor de incluir el nombre y dirección y las fechas de las visitas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REVISIÓN DEL COMPORTAMIENTO:**

¿Tiene el solicitante alguna de las siguientes dificultades de desarrollo? Si algo tiene, favor de describir cualquiera de los siguientes problemas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir:<br>_____     | <input type="checkbox"/> Inquieto:<br>_____                                    |
| <input type="checkbox"/> Se orina durante el día:<br>_____   | <input type="checkbox"/> Difícil de disciplinar:<br>_____                      |
| <input type="checkbox"/> Miedoso:<br>_____                   | <input type="checkbox"/> Comportamiento de auto-estímulo:<br>_____             |
| <input type="checkbox"/> Rabietas:<br>_____                  | <input type="checkbox"/> Se mece / da vueltas:<br>_____                        |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para separarse:<br>_____ | <input type="checkbox"/> Hiperactividad:<br>_____                              |
| <input type="checkbox"/> Roba:<br>_____                      | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer contacto con los ojos:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Miente mucho:<br>_____              | <input type="checkbox"/> Ecolalia o repite mucho al hablar:<br>_____           |
| <input type="checkbox"/> Agresividad:<br>_____               | <input type="checkbox"/> Sensibilidad del tacto, olores, texturas:<br>_____    |
| <input type="checkbox"/> Problemas para comer:<br>_____      | <input type="checkbox"/> Fascinado con darle vuelta a objetos:<br>_____        |
| <input type="checkbox"/> Se hace popó/lo embarra:<br>_____   | <input type="checkbox"/> Dificultad con cambios en rutina:<br>_____            |
| <input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo:<br>_____     | <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo:<br>_____                         |
| <input type="checkbox"/> Lloro a menudo/fácilmente:<br>_____ | <input type="checkbox"/> Dificultad para jugar con otros niños:<br>_____       |

**Cualquier otra preocupación del comportamiento: (Por favor explique):**

---

---

---

**ANTECEDENTES EDUCATIVOS:**

Nombre del programa infantil o preescolar: \_\_\_\_\_

Maestra: \_\_\_\_\_ Tipo de clase: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Edad cuando empezó a ir a la escuela: \_\_\_\_\_

Escuela actual o a la que asistió por última vez:

<u>Nombre / Dirección</u>	<u>Tipo de clase</u>	<u>Último año asistido</u>	<u>Maestra</u>	<u>Teléfono</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Plan Educativo Individual (IEP): S / N Si respondió que sí, **indique la discapacidad para el IEP**: \_\_\_\_\_

Plan del comportamiento? S / N Si respondió que sí, describa la necesidad del plan del comportamiento: \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA LABORAL / ANTECEDENTES VOCACIONALES:**

*(Si todavía no participa en actividades vocacionales no llene esta sección)*

¿Qué tipos de trabajo ha tenido el solicitante? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Está involucrada la persona actualmente o ha estado involucrada con rehabilitación vocacional? S / N

El especialista de admisión informará al solicitante de sus derechos legales. (Proceso de audiencia imparcial, procedimientos de apelación)

**SITUACIÓN MONETARIA:**

**Beneficios/seguro médico:**

(Favor de marcar los beneficios y cantidades que recibe la persona aplicando).

SSI: \$ \_\_\_\_\_ SSA: \$ \_\_\_\_\_ AFDC: \$ \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ : \$ \_\_\_\_\_

Nombre en el cheque: \_\_\_\_\_

El solicitante no recibe beneficios públicos

**El solicitante tiene el siguiente seguro:**

Medi-Cal #: \_\_\_\_\_  Medicare #: \_\_\_\_\_

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

CHAMPUS #: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

SEGURO PRIVADO: (Nombre de la compañía de seguro): \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

**¿Recibe la persona servicios de Apoyo dentro de casa? (IHSS) S / N**

Si recibe, número de horas por mes: \_\_\_\_\_

**OTRAS AGENCIAS INVOLUCRADAS:**

Favor de apuntar cualquier otra agencia que haya proveído servicios a la persona aplicando (por ejemplo- CCS, Seguro Social, Head Start, Salud Mental, etc.):

---

---

**ÁREAS ACTUALES QUE NECESITAN INTERVENCIÓN:**

¿Qué tipos de servicios siente que necesita el solicitante? \_\_\_\_\_

---

---

---

Este reporte completado por: \_\_\_\_\_

Fecha del reporte: \_\_\_\_\_

.....  
**PARA EL USO DE RCRC SOLAMENTE**  
.....

Especialista de admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de entrevista en persona: \_\_\_\_\_