



Andrew J. Spano
County Executive

Department of Community Mental Health

Steven J. Friedman
Commissioner

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD

112 East Post Road, White Plains, New York 10601 (914) 995-5244

Registro de Incapacidades del Desarrollo Fecha _____

Primer Nombre del Consumidor _____ Apellido _____

Dirección Actual _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ # de Seguro Social _____

¿Recibe SSI/D? _____

Seguro Médico Privado Si/No Compañía/ # de Póliza _____

Información Sobre Incapacidades (Marque todos los que apliquen)

Coficiente Intelectual __ Nivel de Retardación: __ Leve __ Moderado __ Severo __ Profundo

Enfermedad de Convulsiones o Epilepsia __ Parálisis Cerebral __ Autismo __ Impedimento

Neurológico __ Incapacidad Emocional __ Otro _____

¿Ambula la persona? Si/No Problemas de Ambulación: _____

Nombre de Corresponsal _____ Relación _____

Dirección _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa () _____ Teléfono de Trabajo () _____

Escuela o Programa de Día _____ Contacto en el Programa _____

Dirección del Programa _____ Teléfono _____

Ciudad y Estado del Programa _____

¿Necesita Ayuda Residencial el Consumidor? Si/No ¿Cuándo? _____

¿Necesita Apoyo en la Casa el Consumidor? Si/No

¿Qué servicio busca usted? _____

Comentarios Generales: _____



Andrew J. Spano
County Executive

Department of Community Mental Health

Steven J. Friedman
Commissioner

Consentimiento Para Revelar Información Confidencial

Por la presente, autorizo la revelación de información de los expedientes de:

al Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Westchester localizado en 112 East Post Road, White Plains, NY 10601 con el propósito de coordinar los servicios necesarios. Yo entiendo que este formulario le da al Departamento de Salud Mental de la Comunidad del Condado de Westchester la autoridad de revelar dicha información cuando sea necesario para coordinar servicios de parte del cliente antes mencionado.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del Consumidor

Firma de persona autorizada a actuar de parte del consumidor.

Dirección del Consumidor

Relación de persona autorizada

Dirección de persona autorizada

Atestiguado por _____
Firma

Dirección

Fecha: _____