

Date of Tour: _____ Name of staff: _____ ID # _____

Wellness Center West

Đơn đăng ký thành viên

Mục đích của Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe phía Tây là cung cấp một môi trường an toàn và nuôi dưỡng cho mỗi người để đạt được tầm nhìn phục hồi đồng thời thúc đẩy sự chấp nhận, nhân phẩm và hòa nhập xã hội.

Các thành viên phải ít nhất 18 tuổi, sống trong Quận Cam, và đã nhận hoặc hiện đang nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần.

Họ và tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Điện thoại #: _____ E-mail: _____

Ngày sinh: _____ Tuổi: _____ Giới tính: _____

Tên liên lạc khẩn cấp: _____

Liên hệ khẩn cấp: _____

Bạn có phải là Cựu chiến binh? Có Không Dân tộc: _____

Ngôn ngữ nói: _____

Làm thế nào bạn biết đến Wellness Center West? (Vui lòng khoanh tròn nó):

Bạn Thành viên hiện tại Thành viên gia đình Trung tâm chăm sóc sức khỏe khác
Phòng khám / Bệnh viện (cái nào) Khác: _____

Bạn hiện đang là thành viên của một Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe khác? (Vui lòng khoanh tròn cho phù hợp)

Wellness Center Central

Wellness Center South

Hiện không phải là thành viên

Bạn quan tâm đến việc tham gia Wellness Center West là gì? _____

Điều gì là quan trọng đối với bạn trên hành trình phục hồi cá nhân của bạn? _____

Bạn quan tâm đến lĩnh vực phục hồi nào sau đây? (Vui lòng khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)

Cảm xúc

Tinh thần

Thể chất

Xã hội

Sửa đổi 7/1/2023

Date of Tour: _____ Name of staff: _____ ID # _____

Bạn quan tâm đến bất kỳ điều nào sau đây? (Vòng tròn khi thích hợp)

Voluntariado en Wellness Center West	Có / Không
Tình nguyện trong cộng đồng	Có / Không
Tìm việc làm trong cộng đồng	Có / Không
Tạo điều kiện cho các nhóm/hoạt động tại Wellness Center West	Có / Không

Những hoạt động xã hội nào bạn quan tâm? (Vui lòng khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)

Tính	Đi	Du ngoạn	Múa
Xã hội hóa	Kịch	Khác _____	

Bạn đang nghĩ đến việc tiếp tục việc học của mình? Có Không Nếu có, bạn quan tâm đến những hoạt động giáo dục nào?

GED / Văn bằng	Chương trình 4 năm	Chương trình 2 năm
Chương trình 4 năm	Tự	Khác _____

Những kỹ năng sống nào bạn muốn cải thiện trong cuộc sống của bạn? (Ví dụ: nấu ăn, lập ngân sách, tổ chức, kỹ năng đối phó, kỹ năng máy tính, v.v.)

Bạn quan tâm đến những môn thể thao nào? (Vui lòng khoanh tròn tất cả những gì áp dụng)

Bóng chuyền	Bóng rổ	Bowling	Bóng đá
Frisbee	Sân gôn thu nhỏ	Khác _____	

Bạn có sở thích hoặc sở thích nào muốn phát triển tại Wellness Center West không?

Bạn có bất kỳ điều kiện y tế nào mà bạn muốn chúng tôi biết không? **Có / Không**

Nếu có, chúng ta nên làm gì trong trường hợp khẩn cấp?__

Bằng cách ký tên vào mẫu đơn này, tôi đồng ý rằng tôi ít nhất 18 tuổi, sống ở Quận Cam, và đã nhận hoặc hiện đang nhận các dịch vụ sức khỏe tâm thần. *Tư cách thành viên sẽ được gia hạn hàng năm vào tháng Sáu.

Chữ ký: _____ Ngày: _____