**Client Name:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Staff Name:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Agency:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Project: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enrollment and Demographic Information Form: Short Form**

**(EDIF-SF)**

**EDIFDATE** (Today’s date) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHILDID** (National evaluation ID) **1  6  3 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**A. Sources of information used to complete this**

**form***[Select all that apply]*

**☐** 1 = Caregiver (child’s caregiver in a family,

Household environment)

**☐** 2 = Staff as caregiver (staff person who

has acted as the child’s day-to-day

caregiver for the majority of

the past 6 months)

**☐** 3 = Youth

**☐** 4 = Case record review

**☐** 5 = Other

**B. Agency that the child is currently involved**

**with***[Select all that apply]*

**☐** 1 = Corrections

**☐** 2 = Juvenile court

**☐** 3 = Probation

**☐** 4 = School

**☐** 5 = Mental health care agency/clinic/provider

**☐** 6 = Physical health care agency/clinic/

Provider

**☐** 7 = Public child welfare—please specify in

B1.

**☐** 8 = Substance abuse agency/clinic/provider

**☐** 9 = Family court

**☐** 15 = Other—please specify

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*[If 7 = Public child welfare not selected above,* *go to Item C.]*

**B1. Child welfare involvement**

*[Answer if Public Child Welfare is selected in B.]*

**☐** 1 = Receiving child abuse and neglect

investigation/assessment

**☐** 2 = Court-ordered out-of-home placement—

Foster care

**☐** 3 = Court-ordered out-of-home placement—

Kinship care

**☐** 4 = Court-ordered out-of-home placement—

Residential treatment

**☐** 5 = Voluntary out-of-home placement—

Foster care

**☐** 6 = Voluntary out-of-home placement—

Kinship care

**☐** 7 = Voluntary out-of-home placement—

Residential treatment

**☐** 8 = Court-ordered in-home services

**☐** 9 = Voluntary in-home services

**C. Agency or individual who referred child to the** **program**

*[Select primary referral agency]*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

If Other—please specify

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECTION 1.** **Child Demographic Information**

1. What is*(child’s name)* date of birth? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2. With which gender does*(child’s name)* identify? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  If Other – please specify **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3. Is*(child’s name)* of Hispanic, Latino, or Spanish origin? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

If Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin—please specify

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4. What is*(child’s name)*’s race?*[Select all that apply]*

**☐** 1 = White

**☐** 2 = Black or African American

**☐** 3 = American Indian or Alaska Native

—please specify enrolled or principle

tribe **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐** 4 = Asian Indian

**☐** 5 = Chinese

**☐** 6 = Filipino

**☐** 7 = Japanese

**☐** 8 = Korean

**☐** 9 = Vietnamese

**☐** 10 = Other Asian—please specify race

  (for example, Hmong, Laotian, Thai,

Pakistani, Cambodian, and so on)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐** 11 = Native Hawaiian

**☐** 12 = Guamanian or Chamorro

**☐** 13 = Samoan

**☐** 14 = Other Pacific Islander—please

specify race (for example, Fijian,

Tongan, and so on) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. What is the ZIP Code of the address where*(child’s name)* currently lives? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

6. What were the problems leading to*(child’s name)* being referred for services

*[Select all that apply]*

**☐** 1 = Suicide-related problems (including suicide ideation, suicide attempt, self-injury)

**☐** 2 = Depression-related problems (including major depression, dysthymia, sleep disorders,

somatic complaints)

**☐** 3 = Anxiety-related problems (including fears and phobias, generalized anxiety, social

avoidance, obsessive-compulsive behavior, posttraumatic stress disorder)

**☐** 4 = Hyperactive and attention-related problems (including hyperactive, impulsive,

attentional difficulties)

**☐** 5 = Conduct/delinquency-related problems (including physical aggression, extreme

verbal abuse, noncompliance, sexual acting out, property damage, theft, running

away, sexual assault, fire setting, cruelty to animals, truancy, police contact)

**☐** 6 = Substance use, abuse, and dependence-related problems

**☐** 7 = Adjustment-related problems (including changes in behaviors or emotions in reaction

to a significant life stress)

**☐** 8 = Psychotic behaviors (including hallucinations, delusions, strange or odd behaviors)

**☐** 9 = Pervasive developmental disabilities (including autistic behaviors, extreme social

avoidance, attachment disorder, stereotypes, perseverative behavior)

**☐** 10 = Specific developmental disabilities (including enuresis, encopresis, expressive or

receptive speech and language delay)

**☐** 11 = Learning disabilities

**☐** 12 = School performance problems not related to learning disabilities

**☐** 13 = Eating disorders (including anorexia, bulimia)

**☐** 14 = Gender identity

**☐** 16 = Disruptive behaviors in young children (including aggression, severe defiance,

acting out, impulsivity, recklessness, and excessive level of overactivity)

**☐** 17 = Persistent noncompliance (when directed by caregivers/adults)

**☐** 18 = Excessive crying/tantrums

**☐** 19 = Separation problems

**☐** 20 = Non-engagement with people

**☐** 21 = Sleeping problems

**☐** 23 = At risk for or has failed family home placement

**☐** 24 = Maltreatment (child abuse and neglect)

**☐** 25 = Other problems that are related to child’s health (cancer, illness, or disease-related

problems)

**☐** 26 = High-risk environment: Maternal depression

**☐** 27 = High-risk environment: Maternal mental health (other than depression)

**☐** 28 = High-risk environment: Paternal mental health

**☐** 29 = High-risk environment: Caregiver mental health (other than maternal or paternal)

**☐** 30 = High-risk environment: Maternal substance abuse/use

**☐** 31 = High-risk environment: Paternal substance abuse/use

**☐** 32 = High-risk environment: Caregiver substance abuse/use (other than maternal or

paternal)

**☐** 33 = High-risk environment: Family health problems (maternal, paternal, caregiver, or other

family member)

**☐** 34 = High-risk environment: Other parent/caregiver/family problems

**☐** 35 = High-risk environment: Problems related to housing (including homelessness)

**☐** 36 = Other—please specify  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

7. During the past 6 months, was*(child’s name)* the recipient of ...?*[Select all that apply]*

**☐** 1 = Medicaid

**☐** 2 = CHIP

**☐** 3 = SSI

**☐** 4 = TANF

**☐** 5 = Private insurance

**☐** 6 = Other—please specify **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Children and youth may have diagnostic codes for more than one classification system. Section

II addresses diagnostic classification for*DSM-IV-R* and/or ICD-9 only.

8. Does*(child’s name)* have a*DSM-IV-R* or ICD-9 diagnosis? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*[If NO, GO TO QUESTION #13]*

**SECTION II.   Child Diagnostic Information:*DSM-IV-R* and ICD-9**

9. Has diagnostic evaluation been done as part of the intake into the system of care

program? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

10. Date of the most recent multiaxial diagnostic evaluation **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

11. Who provided the diagnosis? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

If Other – please specify **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

In this section, please record the*DSM-IV-R* or ICD-9 diagnostic codes in the indicated fields.

When entering diagnostic codes, please use the following prefixes in front of the codes without

spaces:

* *DSM-IV-R* --- DSM
* ICD-9 --- ICD

Examples: A*DSM-IV-R* diagnosis of Alcohol-Induced Anxiety Disorder should be entered as

DSM291.89. An ICD-9 diagnosis of Drug-Induced Delirium should be entered as ICD292.81.

The entire list of**diagnostic codes** is available in PDF format for your reference.

*[Primary diagnosis should be listed as the first diagnosis on each axis (1a, 2a).]*

12. AXIS I: Clinical Disorders

Diagnostic code *DSM-IV-R* name

axis\_1a **DSM or ICD \_\_\_.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

axis\_1b **DSM or ICD \_\_\_.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

axis\_1c **DSM or ICD \_\_\_.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AXIS II: Personality Disorders and Mental Retardation

Diagnostic code *DSM-IV-R* name

axis\_2a **DSM or ICD \_\_\_.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

axis\_2b **DSM or ICD \_\_\_.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AXIS III: General Medical Condition (ICD-9-CM numeric code)

*[Separate multiple codes with commas]* ICD-9-CM numeric code

axis 3 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

AXIS IV: Psychosocial and Environmental Problems*[Select all that apply]*

**☐** 1 = Problems with primary

support group

**☐** 2 = Problems related to the

social environment

**☐** 3 = Educational problems

**☐** 4 = Occupational problems

**☐** 5 = Housing problems

**☐** 6 = Economic problems

**☐** 7 = Problems with access

**☐** 8 = Problems related to interaction

with the legal system/crime

**☐** 9 = Other psychosocial and environmental

problems

**☐** 666 = Not Applicable

**☐** 777 = Refused to answer

**☐** 888 = Don’t know

**☐** 999 = Missing

AXIS V: *[Enter****current****GAF/C-GAS score]*

Global Assessment of Functioning Scale (GAF) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Children’s Global Assessment Scale (C-GAS) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECTION III. Child Enrollment Information**

13. Date of child’s assessment for system of care program eligibility **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

13a.  System of care enrollment status of the child

**☐** 1 = Child is receiving, or has received, a service that is provided through

the system of care (e.g., assessment, crisis intervention, etc.) but is

NOT eligible for additional system of care services

*[END OF* *QUESTIONAIRE]*

**☐** 2 = Child has received a system of care service and is eligible for

additional services but will NOT be receiving any additional services

*[END OF QUESTIONAIRE]*

**☐** 3 = Child is eligible for system of care services and is receiving, or about

to receive, system of care services

*[GO TO QUESTION #13b]*

13b.  Date of the child’s first service (after assessment for system of care eligibility)

received through the system of care. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Questions #13c —13e are skipped, as they are not applicable at intake.]*

13f.  If the child is younger than age 6, how was system of care eligibility determined?

4 = Not applicable, as the child is aged 6 or older.

14.  Who participated in the development of the service plan? (Evidence of participation

includes signatures of attendees on the plan, or attendees mentioned as being present

for the meeting.) *[Please be sure to answer for each]*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a.  Child’s caregiver or guardian | **Yes/No** |  |
| b.  Child | **Yes/No** |  |
| c.  Other family member | **Yes/No** |  |
| d.  Case manager/service coordinator/ | **Yes/No** |  |
| Wraparound specialist | **Yes/No** |  |
| e. Therapist | **Yes/No** |  |
| f.  Other mental health staff (e.g., behavioral aide, respite worker) | **Yes/No** | **Specify** |
| g. Education staff (e.g., teacher, counselor) | **Yes/No** | **Specify** |
| h. Child welfare staff (e.g., case worker) | **Yes/No** | **Specify** |
| i.  Juvenile justice (e.g., probation officer) | **Yes/No** | **Specify** |
| j.  Health staff (e.g., pediatrician, nurse) | **Yes/No** | **Specify** |
| k. Family advocate | **Yes/No** | **Specify** |
| l.  Other | **Yes/No** | **Specify** |
| m. Other | **Yes/No** | **Specify** |