

FORMA DE REFERENCIA

Referencia completada por: <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> en persona <input type="checkbox"/> escrito			Fecha de la referencia:		
Apellido Legal:			Nombre Legal:		
Nombre preferido/elegido (si es diferente al legal):					
#SS:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconoce					
Lenguaje primario en el hogar: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Lao <input type="checkbox"/> Otro:					
¿Necesita Intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si es que sí, lenguaje:</i>					
Si es menor, nombre del padre/guardián legal:			Nombre de la persona encargada, si diferente:		
¿el padre o guardián legal necesita intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
Si es menor, está en cuidado adoptivo temporal (Foster Care)?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Si es que sí: Nombre de trabajador/a social:					
¿Está el menor dando consentimiento para su propio tratamiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			¿Podemos contactar a la persona encargada para programar citas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Domicilio:		Ciudad:		Código Postal:	
Dirección de correspondencia:		Ciudad:		Código Postal:	
# de teléfono primario:		# de teléfono alternativo:		Se puede dejar mensaje: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Qué tipo de recordatorio prefiere para las citas?		Por favor seleccione solo uno <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> llamada telefónica <input type="checkbox"/> Ninguno		# de teléfono para el recordatorio de cita (si diferente al # de teléfono primario)	
Tipo de aseguranza:		<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno (pago-personal)		<input type="checkbox"/> Aseguranza Privada <input type="checkbox"/> Otro: _____	
# Medi-Cal:			# Medicare:		
Es actualmente recipiente de CalWORKs? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			AB109 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
Médico de atención primaria:			# de teléfono:		
Persona haciendo la referencia: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Padre/Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique abajo:					
Especifique:					
Razón por la referencia (áreas de preocupación, problemas en el trabajo, comportamiento disruptivo, etc.):					
Servicios que le interesan: <input type="checkbox"/> Servicios de Consejería <input type="checkbox"/> Psiquiatra/Medicamentos <input type="checkbox"/> Actividades de bienestar/grupos <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique abajo:					
Especifique:					
¿Tiene actualmente pensamientos de suicidio/homicidio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si es que sí, por favor explique:					
Información adicional: Por favor marque todo lo que aplica:					
¿En el mes pasado a experimentado?		¿En el año pasado a experimentado?		¿Tiene alguna otra preocupación?	
<input type="checkbox"/> planes o intentos de suicidio		<input type="checkbox"/> planes o intentos de suicidio		<input type="checkbox"/> dificultad para manejar emociones, o comportamientos tal como la depresión, ansiedad, o enojo.	
<input type="checkbox"/> cometer un acto de violencia hacia los demás, o el uso de la fuerza o amenazas		<input type="checkbox"/> cometer un acto de violencia hacia los demás, o el uso de la fuerza o amenazas		<input type="checkbox"/> pensamientos de suicidio ocasionales sin planes ni intentos	
<input type="checkbox"/> un episodio/visita de crisis de salud mental		<input type="checkbox"/> un episodio/visita de crisis de salud mental		<input type="checkbox"/> otros problemas de salud mental no mencionados	
<input type="checkbox"/> hospitalización psiquiátrica		<input type="checkbox"/> hospitalización psiquiátrica		<input type="checkbox"/> otro: _____	
Glenn County Mental Health REFERRAL FORM			Client Name:		
			Client ID:		