

**Servicios de Tratamiento y Apoyo para Niños y Familias (CFTSS) – Formulario para Referencia**

T: 718-263-0740 x730 Fax: 914-639-4860 Email: [CFTSS@forestdaleinc.org](mailto:CFTSS@forestdaleinc.org)

Fecha De Referencia: \_\_\_\_\_

**Información del Participante**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  No binarie  Otro

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Información del Guardian**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Número Tel#: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Relación al participante: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número Tel# Alt: \_\_\_\_\_

**Información de Salud del Participante**

Seguro de Salud \_\_\_\_\_ Número (ID#) de Seguro \_\_\_\_\_

Número de Medicaid #: \_\_\_\_\_

Pediatra/Doctor: \_\_\_\_\_ Número Tel#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos conocidos que toma el participante (nombre, dosis y frecuencia)

**Proveedor haciendo esta Referencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Información del Administrador de Salud *(si aplicable)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Tel #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Nombre de Agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Información de Escuela del Participante

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Fecha del último Plan Educativo (IEP) *(si aplicable)* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Servicios de Salud Mental/de la Comunidad

¿El participante está en servicios de Salud Mental/Terapia?  SI  NO  
Nombre de Clínica de Salud Mental: \_\_\_\_\_  
Nombre del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Nombre de Clínica/Agencia: \_\_\_\_\_  
Especialista/Proveedor Adicional: \_\_\_\_\_

Diagnostico Primario: \_\_\_\_\_ Diagnostico Secundario: \_\_\_\_\_

### Síntomas de Preocupación *(indique todos que aplican y explique)*

<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Fobia	<input type="checkbox"/> Peligro a uno mismo <input type="checkbox"/> Ideación de Suicidio	<input type="checkbox"/> Auto lastimarse	<input type="checkbox"/> Peligro hacia otros
<input type="checkbox"/> Berrinches	<input type="checkbox"/> Dormir	<input type="checkbox"/> Disturbio al comer	<input type="checkbox"/> Enuresis	<input type="checkbox"/> Encopresis	<input type="checkbox"/> Retrasos de desarrollo
<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Deficiencia de atención	<input type="checkbox"/> Impulsivo/a	<input type="checkbox"/> Huir/Escapar	<input type="checkbox"/> coetáneos/as negativos	
<input type="checkbox"/> Agresión física <input type="checkbox"/> Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Comportamiento Social Problemático	<input type="checkbox"/> Agresión Sexual	<input type="checkbox"/> Inapropiado/a Sexualmente	<input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Uso de Drogas	

¿Hay preocupación de Seguridad a si mismo/otros?

¿Porque está haciendo referido el participante ahora?

### Información Adicional

**Para aquellos que hacen esta referencia, por favor adjunte lo siguiente:**

- Copia de Tarjeta de Medicaid/Tarjeta de Seguro de Salud
- Evaluaciones previas (Psicosocial, Psiquiatrico, Plan Educativo (IEP), etc...)
- Formulario HIPAA para divulgar información de Salud (si participante recibe servicios de Salud Mental)

**De aquí para abajo es para la agencia de CFTSS de completar**

**Referencia Recibido (Fecha):** \_\_\_\_\_

CFTSS Supervisor Asignado: \_\_\_\_\_

Fecha Asignado: \_\_\_\_\_

CFTSS Proveedor Asignado: \_\_\_\_\_

Fecha Asignado: \_\_\_\_\_