

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

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: _____