



Referencia de Salud Mental

460 Kings County Dr. Suite 101

Phone Number: (559) 852-2444 Fax: (559) 589-6928

Email: bhinfo@countyofkings.com

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Genero:  Masculino  Femenino  Transgenero  Otro ¿El cliente se identifica como LGBTQ?  Si  No

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Podemos contactar por:  Correo  Teléfono

Papa o Mama/Guardián (si es menor): \_\_\_\_\_

¿Si es menor, podemos contactar a los papas?  Si  No

¿El cliente tiene un caso abierto de CWS?  Si  No

¿Necesita intérprete?  Si  No Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

¿El cliente tiene Medi-Cal?  Si  No ¿Si es así, lo/la han referido a Kings View?  Si  No

¿El cliente tiene aseguranza privada?  Si  No

¿Si es así, fue referido a un proveedor externo?  Si  No

Referencia para los siguientes servicios:

Servicios de Administración / Vinculación  Terapia individual y / o de la familia  Life STEPS (SARB Board Only)

Grupo de actividad terapéutica (TAG/ BRL)  Grupos: \_\_\_\_\_

Terapia interactivo entre padres y hijos (PCIT) (2-7 años)  Evaluación Social / Emocional para Niños (0 - 5 años)

Evaluación del desarrollo / Katie A. (CWS)  WRAP/Servicios  Corte Colaborativa de Tratamiento Judicial (CJTC)

Grupos en la escuela Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

BH MHSa Services:  Referencia de las personas sin hogar  Trabajo  Necesidades básicas

Otro \_\_\_\_\_

¿El cliente actualmente esta recibiendo servicios de Salud Mental?  Si  No

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Por Quien \_\_\_\_\_

¿Actualmente esta recibiendo medicación de salud mental?  Si  No

¿El cliente ha recibido servicios de salud mental en el pasado?  Si  No

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Por Quien \_\_\_\_\_

¿Cuales cambios ha mirado en el cliente?:

Cambios en la afección (estados de ánimo / personalidad)  Estilo de resolución de conflictos

Asistencia en la escuela  El rendimiento escolar  Interacciones sociales

Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado recientemente el cliente?

Siendo maltratado  ¿Cambio en la familia? ¿Cuales cambios? \_\_\_\_\_  CPS

El compromiso del sistema de justicia: ¿Cuándo/Por que? \_\_\_\_\_

La pérdida de un ser querido: ¿Quién/Cuando? \_\_\_\_\_

Abuso físico o sexual  Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de comportamientos se muestra actualmente el cliente?

Experimentar con el alcohol y / o drogas

Tener pensamientos suicidas

El aislamiento o retirarse de gente

La falta de interés en las cosas que solía disfrutar

Intentos de suicidio previos ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Comportamientos de riesgo Ejemplos: \_\_\_\_\_  La tristeza / depresión

Autolesiones Ejemplos: \_\_\_\_\_  Agresividad inusual

Otro: \_\_\_\_\_



**Referencia de Salud Mental**

460 Kings County Dr. Suite 101

Phone Number: (559) 852-2444 Fax: (559) 589-6928

Email: [bhinfo@countyofkings.com](mailto:bhinfo@countyofkings.com)

Por favor proporcione más detalles para cualquiera de las categorías anteriores: \_\_\_\_\_

**Confirmación de recibo**

Al firmar estoy de acuerdo en que la información en esta referencia sea compartida con la parte remitente. El arriba mencionado ha sido referido para servicios. El / ella (o tutor legal) autoriza al Departamento de Comportamiento Sano del Condado de Kings de comunicar que la remisión fue recibida y el estado de la derivación (incluyendo la referencia externa y vinculación). Para facilitar el reconocimiento de recibimiento y estado entre las agencias y la parte remitente y/o el tutor (si es menor de edad) deben firmar el reconocimiento de recibimiento.

**Renuncia: Para cualquier información sobre el tratamiento y / o progreso será necesario una liberación de información adicional y buscado de la agencia donde estén tratando.**

Firma de cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firme de los padres (si es menor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Referring Agency/Party: \_\_\_\_\_ Referring Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Reason for referral:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Referring party signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**BH USE ONLY:**

**BH Services:**

- Coordinación de cuidado**
- Case Management Services/Linkage
- Groups: \_\_\_\_\_
- PCIT (2-7 years of age)
- School Skill Building Groups: \_\_\_\_\_
- WRAP Services
- Information Only, No Referrals Made
- Linkages: Other Agency-Referral made to: \_\_\_\_\_
- ART Date \_\_\_\_\_
- PEI  CSS  SUD  TAG/BRL
- Individual and/or Family Therapy
- Truancy Intervention & Prevention Program
- Homelessness  Employment  Basic Needs
- Date \_\_\_\_\_
- I&R Date \_\_\_\_\_
- CJTC
- Developmental Screening (ASQ)
- Social/Emotional Screening for Child

Agency Name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency Name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency Name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date Case Rec'd/Opened: \_\_\_\_\_ Assigned to: \_\_\_\_\_ Anasazi Number: \_\_\_\_\_