



## Formulario de Referido INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre/Custodio: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ 2do Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Etnicidad: Blanca/Negra/Hispano/Asiático/Haitiano/Bi-racial Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Estatus legal: \_\_\_\_\_ Menor con padre/custodio \_\_\_\_\_ Menor custodio del Estado  
\_\_\_\_\_ Adulto competente \_\_\_\_\_ Adulto incompetente \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Escuela/Empleador: \_\_\_\_\_  
Idioma del custodio primario: \_\_\_\_\_ Traductor necesario: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### OTROS SERVICIOS QUE RECIBE

\_\_\_\_\_ No recibe otros servicios

Consejero en salud mental: \_\_\_\_\_  
Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Servicios Psiquiátricos/Medicación: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Nombre/Agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA FUENTE QUE REFIERE

Agencia que refiere: \_\_\_\_\_ Persona que refiere: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
SERVICIOS SOLICITADOS: Terapia individual/familiar\*Consejería matrimonial\*Terapia de grupo\*Clases de disciplina

### INFORMACIÓN DE FINANCIAMIENTO

#Medicaid: \_\_\_\_\_ Tipo de Medicaid: \_\_\_\_\_  
Otra aseguradora: \_\_\_\_\_ #ID: \_\_\_\_\_ #Grupo: \_\_\_\_\_  
Teléfono/Dirección de Aseguradora: \_\_\_\_\_  
Detalles de autorización: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Por favor marque los síntomas emocionales/conductuales actuales del cliente (requerido):

\*Agresión física \*Se fuga \*Tantrums \*Mentiras \*Depresión \*Agresión verbal \*Destrucción de propiedades  
\*Ausentismo \* Conductas sexuales \*Ansiedad \*Incumplimiento \*Conducta destructiva \*Robo \*Problemas de alcohol/droga \*Violencia doméstica \*Autoagresión/Suicida \*Problemas de aseo \*Problemas del habla  
\*Problemas de auto cuidado \*Problemas del desarrollo \*Autismo/ASD \*Otros síntomas u otra información:  
\_\_\_\_\_.

### PARA USO DEL CENTRO

Día de recibido: \_\_\_\_\_ Día asignado: \_\_\_\_\_  
Profesional asignado: \_\_\_\_\_ Evaluador licenciado: \_\_\_\_\_  
Estatus: \_\_\_\_\_ Pendiente \_\_\_\_\_ Esperando \_\_\_\_\_ Paralizado