

**NORTHSTAR LEARNING CENTERS, INC.
MENTAL HEALTH OUTREACH PROGRAM**

Formulario de Referencia Para Servicios de Salud Mental

Fecha del primer contacto: _____

Información del participante

Por favor verifique: Es esto un joven / familia de alivio de Puerto Rico? Sí No

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Raza / Etnicidad:
Identifico mi género como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Trans* <input type="checkbox"/> Conformidad no binaria / sin género		
Escuela y Grado:		
Servicios Solicitados: <input type="checkbox"/> Oficina Para Pacientes Externo <input type="checkbox"/> En la Escuela (si un terapeuta está disponible)		
Mejor Número de Contacto:		¿Podemos dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dirección:		

Información para Padres o Guardián Legales (Si el participante es menor de 18 años)

Nombre del Padre or Guardián Legal:	Dirección:
Mejor número de contacto:	
Tipo de configuración: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Un hogar gupal <input type="checkbox"/> Casa cuna <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico <input type="checkbox"/> Otro	

Información del Seguro:

Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Otro	Número de Grupo:
Número de identificación de seguro	Número de teléfono:

Información de Fuente de Referencia (Complete esta sección para que podamos contactarlo luego de que se realice la referencia).

Nombre:	Dirección de Envío:
Número de teléfono:	Dirección de Correo Electrónico:
Si es una referencia interna, ¿qué programa?	

Niño / Adulto Información de Salud Mental

Medicamentos y dosis actuales:	Corriente DSM-V Diagnóstico, si se conoce:
1)	
2)	
3)	
Nombre y teléfono del médico que prescribe:	

Síntomas actuales de salud mental:	Desconocido	No Presente	Templado	Moderar	Grave
Antisocial / comportamiento delinciente / desorden de conducta					
Opuesto / desafiante para aquellos en autoridad					
Alucinaciones (describir)					
Ilusiones					
Trastorno del pensamiento					
Comportamiento extraño (psicótico) (describa a continuación)					
Ansiedad / Nerviosismo					
Obsesivo / compulsivo					
Fobias / miedos					
Estado de ánimo deprimido					
Cambios de humor					
Alteración del sueño					
Irritabilidad					
Enfado / rabietas					
Hiperactividad					
Deficit de atención					
Problemas de comida					
Problemas de eliminación					
comportamiento sexualizado					
Quejas somáticas sin causa médica conocida					
Trastorno de apego (explicar más abajo)					
Otro (explicar)					

Motivo de la referencia para el tratamiento: en sus propias palabras, describa al niño / adulto que necesita servicios de salud mental. Por favor describa los comportamientos específicos que el niño / adulto está exhibiendo.

Comentarios adicionales _____

¿Has estado en terapia antes? Sí No

Disponibilidad: Mañana Tarde Tarde

El mejor día de la semana: Lun. mar. Mié. jue. Viernes

Preferencias del consejero: _____