

**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: \_\_\_\_\_