



Mental Health & Trauma Treatment Referral Form

Date/Fecha: _____

Name of Referring Person:

Nombre de la Persona que refiere:

Name of Referral Agency/School: _____

Nombre de Agencia/Escuela refiriendo: _____

Phone/Telefono: _____ Email/Correo electrónico: _____

Client Information/Información del Cliente:

Last Name/APELLIDO: _____ First Name/NOMBRE: _____

DOB/ Fecha de Nacimiento: _____ City of Residence/Ciudad de residencia: _____

Gender/Genero: _____

Address/Domicilio: _____ City/Ciudad: _____

Medi-Cal Number (if available)/# de Medi-Cal: _____

Parent/Guardian Name/Nombre del padre o persona - custodia: _____

Relationship to client/Relación con el cliente: _____

Parent/ Guardian Primary Language/Idioma primario del padre o custodia: _____

Primary Contact phone Number/# teléfono Primario: _____

Cell Home/Casa Work/Trabajo

Additional Contact Number/# teléfono Adicional: _____

Cell Home/Casa Work/ Trabajo

Permission to leave Messages?/
Permiso para dejar mensajes? Yes/Si No

Presenting Issue/Asunto Presente

Is family aware of the referral?/
¿Fue la familia notificada de la referencia? Yes No

English Statement

I understand that I am being referred to Interface Children & Family Services. I hereby give my consent for the exchange and release of information for this purpose.

Declaración en español

Entiendo que estoy siendo referido/a a los servicios de Interface Children & Family. Por lo presente doy mi consentimiento para el intercambio y divulgación de la información para este propósito.

Parent or Guardian Signature/ Firma del padre o persona custodia

Date/Fecha

Verbal Consent was provided over phone to referring party/Consentimiento verbal fue obtenido por teléfono

Email form to intake@icfs.org or Fax Referral to 805-278-4391
For referral questions, please call 805-485-6114 ext. 662 OR
Access Online Referral: www.icfs.org/services/mental-health-trauma-intake/