

Interface Servicios de salud mental Formulario de remisión escolar Fuente de remisión / evaluación

Persona remitente: _____ Relación con el cliente: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información de la escuela Distrito escolar: _____ Nombre del maestro:

_____ Teléfono: _____ Nombre de la escuela:

_____ Primaria _____ Jr. High Grado: _____

Información del cliente de la escuela secundaria Apellido: _____ Nombre:

_____ MI: _____ Idioma principal: Inglés Español Otro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Información del padre o cuidador: Nombre:

_____ Relación con el cliente: _____ Hogar Teléfono:

_____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo:

_____ ¿Tenemos permiso para dejar un mensaje? Sí No Dirección:

_____ Ciudad:

_____ Código postal: _____ Servicios actuales: Libertad

condicional Drogas y alcohol Educación especial Salud pública Envoltura TBS Centro

regional CFS: Nombre / número del trabajador:

_____ Estado del seguro: Medi-Cal #

_____ Fecha de emisión: _____ Ninguno

Seguro privado u otro Desconocido Presentando Problema / Antecedentes:

Historia 1. Historia familiar de: Trastorno mental Encarcelamiento Abuso de sustancias

Violencia doméstica 2. ¿Violencia, trauma o negligencia experimentado / presenciado? Sí No

Desconocido Abuso sexual (testigo víctima) Negligencia (testigo víctima) Abuso físico

(testigo víctima) Trauma (testigo víctima) 3. Exposición significativa a teratógenos (alcohol,

drogas , plomo, etc.)? Sí No Desconocido 4. ¿Historial de tratamiento / intervención de salud

mental? Sí No Desconocido Hospitalización psiquiátrica Terapia Consejería escolar

Residencial Medicamentos psiquiátricos: _____ Fecha de remisión:

_____ Preguntas urgentes y de emergencia 1. ¿Peligro para sí mismo o para otros

en los últimos 30 días? Sí No Desconocido En caso afirmativo, describa:

_____ 2. ¿Comportamiento

extraño / inusual en los últimos 30 días? Sí No Desconocido En caso afirmativo, describa:

_____ Preguntas de rutina 1.

¿Problemas de adaptación social? Sí No. Desconocido Daña la propiedad propia / ajena Huye Falta de

culpabilidad Roba Pelea Mudo 2. ¿Dificultad para manejar las emociones? Sí No Desconocido Rabietas

severas Pesadillas Hiperactivo Lloro desconsoladamente. Se siente desesperado Triste / retraído Se

siente inútil Preocupación excesiva 3. ¿Problemas para establecer y mantener relaciones saludables? Sí

No Desconocido Relaciones deficientes con los compañeros Pobre vínculo con el cuidador Pandilla involucrada Provoca y victimiza 4. ¿Problemas de cuidado personal? Sí No Desconocido Frecuentemente se moja o se ensucia. Come / bebe cosas que no son comida Mala higiene 5. ¿Problemas importantes funcionales o de la vida diaria? Sí No Desconocido Retrasos significativos en el lenguaje No puede manejar las habilidades apropiadas para su edad Dificultad para dormir Dificultad para comprender a los demás 6. ¿Hijo de abuso de sus padres o alcohol y / o drogas? Sí No Desconocido Metanfetamina / Estimulantes Cannabis Alcohol Otro: Preguntas adicionales 1. ¿Está el niño en alguna educación especial, clases de recursos o recibe asistencia especial a través de la escuela?

___ 2. ¿Tiene el niño un IEP? Sí No Desconocido ¿O hay uno programado? Sí No Desconocido - Si es así, ¿cuándo? _____ Declaración en inglés Entiendo que mi hijo está siendo referido a Interface Children & Family Services para servicios de salud mental. Entiendo que mi participación con mi hijo es fundamental. Por la presente doy mi consentimiento para el intercambio y divulgación de información para este propósito.