



Niños (0 a 15 años)
Formulario de Referencia y Autorización para
Asociación de Servicios Completos (FSP)

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

DMH IBHIS#:
Fecha: Género: Femenino Masculino Desconocido Número de Seguro Social:
Apellido: Primer Nombre:
Fecha de Nacimiento: Edad: Origen Étnico:
Raza/Origen Étnico: Idioma Preferido:
Dirección Postal: Ciudad: Código Postal:
Seguro Médico: MEDI-CAL Familias Saludables de California Programa de Seguro Médico para Niños Ninguno / Indigente Pagador privado / Tercero:
Situación de Vida Actual: Hogar de los Padres Pariente Hogar de Crianza Transitorio Otro:
Hogar de Grupo - Nombre de la Instalación: Nivel:

CONTACTO PRINCIPAL: RELACIÓN con el Consumidor:
Dirección Postal: TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL: Idioma Preferido:

CONSERVADOR?: Si No NOMBRE: TELÉFONO:
Identidad de Género: Masculino Femenino Hombre Transexual Mujer Transexual Género queer
Cuestionamiento/Inseguro No Binario Otra Identidad Desconocido
Orientación Sexual: Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual Desconocido
Queer Cuestionamiento / Inseguro Otra Orientación Sexual

FUENTE DE REFERENCIA

Agencia de Referencia/Fuente: Persona de Contacto:
Teléfono: Fax: Correo Electrónico:

¿El consumidor está recibiendo actualmente servicios de la agencia de referencia? Si No

Participación de Otra agencia: Libertad Conditional Equipo START Centro Regional Sistema Escolar Otro:
DCFS (Departamento de Servicios para Niños y Familias) DMH (Departamento de Salud Mental)

Identifique las referencias recientes: Clasificación-D RCL 12 or mas Servicios Integrales 'Wraparound' Otro:
ISFC (Servicios Intensivos para los Cuidados de Crianza)

Si el consumidor fue referido a cualquier otro programa, por favor identifique:

El Niño/ familia sabe que se ha enviado una referencia a un programa intensivo de salud mental: la fuente de referencia informó al cliente / familia que se está haciendo una referencia de FSP.

A la familia/cliente se le ha proporcionado un folleto de FSP y se le ha informado de la referencia de FSP.

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de Instrucciones y Bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

POBLACIÓN FOCAL

Verifique las razones para la referencia de un niño con Trastornos Emocional Grave (SED)*¹

1. Cero a cinco años de edad (0-5) que:

- Está en riesgo de expulsión de preescolar
- Está involucrado o en alto riesgo de ser detenido por el Departamento de Servicios para Niños y Familias
- Está en riesgo de ser retirado o ha sido retirado de la casa por el Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS)
- Tiene un padre/cuidador con Trastornos Emocional Grave (SED) o enfermedad mental grave y persistente, o que tiene trastorno por abuso de sustancias o trastornos concurrentes

2. Niños/Jóvenes que:

- Ha sido retirado o está en riesgo de ser retirado de su hogar por DCFS
- Ha tenido tres o más colocaciones de DCFS en los últimos 24 meses
- Tiene un historial de posesión o uso de drogas
- Está en transición a una colocación menos restrictiva
- Está en riesgo o actualmente involucrado con el sistema de justicia juvenil
- Está en riesgo de explotación sexual comercial
- Actualmente es víctima de explotación sexual comercial

3. Niño/Joven que le haya pasado lo siguiente en la escuela:

- Suspensión o expulsión
- Múltiples referencias disciplinarias académicas/conductuales
- Comportamientos violentos
- Posesión o consumo de drogas
- Ideación suicida y/o homicida
- Falta de clases
- Ausente escolar o asistencia esporádica

4. Niño/Joven incapaz de funcionar en el hogar y/o en la comunidad y:

- Está en riesgo de quedarse o está actualmente sin hogar
- Está haciendo la transición de regreso a un hogar o entorno comunitario menos estructurado*:

*Tipo de hogar/ambiente: _____ Fecha estimada de alta: _____

Proporcionar detalles para cualquier elemento seleccionado:

¹ "Trastornos Emocional Grave" se refiere a los menores de 18 años que tienen un trastorno mental como se identifica en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, aparte de un trastorno primario de consumo de sustancias o trastorno del desarrollo, que resulta en un comportamiento inadecuado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Los miembros de esta población focal deberán cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- A) Como resultado del trastorno mental, el niño tiene un deterioro sustancial en al menos dos de las siguientes áreas: el cuidado personal, el funcionamiento escolar, las relaciones familiares o la capacidad de funcionar en la comunidad; y se produce cualquiera de las siguientes situaciones:
 - (i) El niño está en riesgo de ser retirado de su casa o ya ha sido retirado de su hogar.
 - (ii) El trastorno mental y las deficiencias han estado presentes durante más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año sin tratamiento.
- B) El niño presenta uno de los siguientes: características psicóticas, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental.
- C) El niño cumple con los requisitos de elegibilidad de educación especial bajo el Capítulo 26.5 (comenzando con la Sección 7570) de la División 7 o el Título 1 del Código de Gobierno. (Código de Bienestar e Instituciones de California, Sección 5600.3)



Nombre del Consumidor: _____

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

INFORMACIÓN DE DCFS

Caso de DCFS: Adopción Caso de Emergencia Nueva Detención Caso Voluntario

Oficina de DCFS asignada : _____

Nombre del trabajador social : _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Supervisor de Trabajador Social : _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Si usted es parte de referencia de DCFSD, por favor adjunte los siguientes documentos:

Consentimiento (179) / Orden De Acta Informe del tribunal / Informe de Caso Voluntario JV 220 (actual) Historial de Colocación Informe de perfil del niño

NIVEL DE SERVICIO

MARQUE SOLO UNO:

SIN SERVICIO (No recibo servicios de salud mental)

Historial de servicios de salud mental, pero ninguno actualmente*

Sin servicios previos de salud mental

Desfavorecido/Desatendido (Recibiendo algunos servicios de salud mental, aunque insuficientes para lograr los **resultados deseados**)*

PEI

Ambulatorio

Otro: _____

Servido inapropiadamente (Recibiendo algunos servicios de salud mental, aunque inapropiados para lograr los resultados deseados debido a necesidades culturales, étnicas, lingüísticas, físicas u otras necesidades específicas del consumidor)*

Si el cliente está recibiendo servicios de salud mental, por favor indique:

Terapeuta: _____ Agencia: _____ Teléfono: _____

*Si el cliente ha recibido servicios comunitarios de salud mental en los últimos 6 meses,

1) Identifica los programas; 2) indicar el tipo y la frecuencia de los servicios; y 3) explicar por qué los servicios son insuficientes / inapropiados para lograr los resultados deseados:

CONSIDERACIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico principal DSM V/Código ICD-10: _____ Diagnóstico Dual (Codigo X): _____

Marque todo lo que se aplica al Individuo:

Ideación agresiva

Actos agresivos (por historia o actual)

Actos sexuales inapropiados

Ideación sexual inapropiada

Ideación o actos de incendio

Notificaciones Tarasoff (pasadas o actuales)

Ideación/intentos suicidas

Contacto con PMRT o atención de urgencia

Trastornos de la alimentación

Exposición al trauma

Hiperactivo/Impulsivo/Inatento

Hospitalizaciones psiquiátricas (indique las fechas abajo)

Síntomas de psicosis

Necesidades emergentes de medicamentos

Otro: _____

Proporcione los detalles de los elementos seleccionados:

Envíe por **fax** las formas completadas al Programa FSP para niños de Salud Mental Tri-City (COP/TAY).
Fax: (909) 865-0730



Nombre del Consumidor: _____

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

DISPOSICIÓN

Fecha recibida: _____

- No autorizado para Inscripción (Explicar las razones de la decisión y planear la vinculación a otros servicios):

- Autorizado para la inscripción:

Supervisor del programa: _____

Teléfono: _____

Clínico asignado: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

Para ser completado por la agencia FSP

Por favor envíe por fax el formulario de referencia y autorización completado al Programa FSP Infantil de Tri-City Mental Health Center (COP/TAY).

- La agencia se niega a inscribirse, pero el individuo es elegible para FSP (debe completar el formulario de apelación)
- El individuo no está de acuerdo con los servicios (explique las razones de la decisión y planifique los vínculos)
- Se considera que el individuo no es elegible para los Servicios FSP (explique las razones y el plan para los vínculos)

Por favor incluya cualquier información adicional para las opciones marcadas arriba/planes para enlaces:

Representante de la Agencia FSP: _____ Fecha: _____