Client Meets/Needs Priority Admission Criteria: ☐

Referral Type: ☐ Children/Youth ☐ Adults
Mode of Entry ☐ Phone ☐ Walk-in ☐ Written

FORMA DE REFERENCIA

Fecha de la solicitud:		**Información tomada por:**	
Apellido:		**Nombre:**	
# de SS:	**Fecha de Nacimiento:**	**Edad:**	**Género:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconoce
(Si es menor, nombre de persona encargada):		*Lenguaje primario de persona encargada:*	
Si es menor, está en cuidado adoptivo temporal (foster care)?: ☐ No ☐ Sí		*Nombre de trabajador social:*	
Domicilio:		**Ciudad:**	**Código Postal:**
Dirección para correspondencia:		*Ciudad:*	*Código Postal:*
# de teléfono:	**# de celular:**	**Se puede dejar mensaje:** ☐ Sí ☐ No	

Lenguaje primario en el hogar: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Hmong ☐ Lao ☐ Otro:

¿Necesita Intérprete? ☐ No ☐ Sí ***Si es que sí, lenguaje*:**

¿Tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No ***Si es que si, explique*:**

Tiene un caso abierto con CWS? ☐Sí ☐No | **Anote las edades de niños menores de 15 años en el hogar:**

Es actualmente recipiente de CalWORKs? ☐No ☐Sí | **¿Número de personas en el hogar** *(en su ingreso)***?**

¿Es usted Veterano? ☐ Sí ☐ No

Cobertura de aseguranza: ☐ Medi-Cal ☐Medicare ☐Aseguranza Privada ☐Otro:_____ ☐ Ninguno (pago-personal)

 # Medi-Cal: | **# Medicare:**

Persona haciendo la referencia: ☐ Si mismo ☐ Padre/Guardián Legal ☐ Otro, *por favor especifique*:

Problema primario de droga o alcohol:

¿Está actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No *(Si es que si, informe al cliente de la preferencia de admisión para mujeres embarazadas)*

¿Tiene usted un niño de 1 año o menor? ☐ Sí ☐ No *(Si es que si, y el cliente tiene DMC, informe al cliente de la preferencia para mujeres después del parto)*

¿Ha usado alcohol o drogas en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

¿Ha usado agujas para inyectarse drogas en los últimos 30 días? ☐Sí ☐No | **¿En los últimos 12 meses?** ☐Sí ☐No

¿Ha sido diagnosticado con Tuberculosis? ☐ Sí ☐ No

1a) ¿Alguna vez ha tenido síntomas que ponen en peligro su vida mientras ha dejado de usar drogas? ☐Sí ☐No
1b) ¿Tiene actualmente síntomas de similares? ☐ Sí ☐ No
2) ¿Tiene problemas de salud física actualmente, graves, y sin tratar? ☐ Sí ☐ No
3) ¿Siente que está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a alguien más? ☐ Sí ☐ No
✷La respuesta Si, a la pregunta 1a y 1b, y/o 3 requiere que la persona que llama/ o el cliente reciba atención médica o psiquiátrica inmediatamente.

¿Ha tenido un examen físico con su médico de atención primaria en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
✷Si usted no tiene un médico de atención primaria, por favor déjenos saber, tal vez le podemos ayudar
Fecha del examen físico:

¿Si es que si, podemos pedir una copia de su examen físico de su médico de atención primaria? ☐ Sí ☐ No
Firma del Cliente: Fecha:

Medico de atención primaria:	**# de teléfono:**	
Domicilio:	**Ciudad:**	**Codigo Postal:**

Si es que no, por favor haga cita para un examen físico con su médico lo más pronto posible.
✷ Pídale a su médico que complete nuestro **Formulario de Examen Físico** y envíelo por correo o por fax a:
Glenn County Behavioral Health, P.O. Box 1174, Orland, CA 95963, (530) 865-1146 (Phone)**, (530) 865-6483** (Fax)

Glenn County Behavioral Health Drug and Alcohol Services **REFERRAL FORM** *Page 1 of 2*	**Client Name:** **Client ID:**

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION (SEE CALIFORNIA WELFARE AND INSTITUTIONS CODE SECTION 5328)

FOR OFFICE USE ONLY:

Section I. Referral Information

Financial Eligibility: (Check all that apply)
☐ AB 109 ☐ CalWORKs ☐ Medi-Cal ☐ None (Self-Pay)
☐ Private Insurance ☐ CWS Contract ☐ Medicare

Financial Eligibility Verified By:

Income Verified: ☐ Yes ☐ No | Date Verified:

Client has had a physical exam within the past 12 months. | Records requested on: | Records received on:

Client is eligible for pregnant or post-partum preference: ☐ Yes ☐ No *If YES, expedite admission.*

Comments:

Section II. Intake/Assessment

Intake/Assessment By: | Date Case Opened:

Date of First Appointment Offered: | Appointment Location: ☐ Willows ☐ Orland

Intake/Assessment Appointment Date: | Intake/Assessment Appointment Time:

☐ Outpatient Treatment ☐ Drug Court ☐ Juvenile Drug Court ☐ Prop 36 ☐ Perinatal ☐ CalWORKs

Section III. Assignment

Date Assigned:

Counselor:

NOTES:

Contact Log ID #

Glenn County Behavioral Health
Drug and Alcohol Services
REFERRAL FORM
Page 2 of 2

Client Name:

Client ID:

CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION (SEE CALIFORNIA WELFARE AND INSTITUTIONS CODE SECTION 5328)