

Client Meets/Needs Priority Admission Criteria:

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

### FORMA DE REFERENCIA

<b>Fecha de la solicitud:</b>		<b>Información tomada por:</b>	
<b>Apellido Legal:</b>		<b>Nombre Legal:</b>	
<b>Nombre preferido/elegido (si es diferente al legal):</b>			
<b>Numero de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconoce
<i>(Si es menor, nombre de persona encargada):</i>		<i>Lenguaje primario de persona encargada:</i>	
<i>Si es menor, está en cuidado adoptivo temporal (foster care)?:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<i>Nombre de trabajador social:</i>	
<b>Domicilio:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>
<i>Dirección para correspondencia:</i>		<i>Ciudad:</i>	<i>Código Postal:</i>
<b># de teléfono primario:</b>	<b># de teléfono alternativo:</b>	<b>Se puede dejar mensaje:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>¿Qué tipo de recordatorio prefiere para las citas? Por favor seleccione solo uno</i> <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> llamada telefónica <input type="checkbox"/> Ninguno		<b># de teléfono para el recordatorio de cita (si diferente al # de teléfono primario)</b>	
<b>Lenguaje primario en el hogar:</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Lao <input type="checkbox"/> Otro:			
<b>¿Necesita Intérprete?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si es que sí, lenguaje:</i>			
<b>¿Tiene una discapacidad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es que sí, explique:</i>			
<b>Tiene un caso abierto con servicios de bienestar infantil (CWS)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Anote las edades de niños menores de 15 años en el hogar:</b>	
<b>Es actualmente recipiente de CalWORKs?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<b>¿Número de personas en el hogar (en su ingreso)?</b>	
<b>¿Es usted Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Cobertura de aseguranza:</b> <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Aseguranza Privada <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (pago-personal)			
<b># Medi-Cal:</b>		<b># Medicare:</b>	
<b>Persona haciendo la referencia:</b> <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Padre/Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro, <i>por favor especifique:</i>			
<b>Problema primario de droga o alcohol:</b>			
<b>¿Está actualmente recibiendo servicios para drogas o alcohol?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si es que sí, en donde )</i>			
<b>¿Está actualmente embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Tiene usted un niño de 1 año o menor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Ha usado alcohol o drogas en los últimos 30 días?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Ha usado agujas para inyectarse drogas en los últimos 30 días?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>¿En los últimos 12 meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Ha sido diagnosticado con Tuberculosis?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>1a) ¿Alguna vez ha tenido síntomas que ponen en peligro su vida mientras ha dejado de usar drogas?</b> <input type="checkbox"/>			
<b>1b) ¿Tiene actualmente síntomas de similares?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>2) ¿Tiene problemas de salud física actualmente, graves, y sin tratar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>3) ¿Siente que está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a alguien más?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.			
<b>Glenn County Behavioral Health</b> Substance Use Disorder Services <b>REFERRAL FORM</b> Phone: 865-1146   Fax: 865-6483		<b>Client Name:</b>	
		<b>Client ID:</b>	

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