



Behavioral Health Services

Professional Partner Program

forma de referencia

Fecha: _____ La familia ha sido informada de esta referencia? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Condado donde reside: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Idioma preferido: _____

Grado actual de escuela: _____ Escuela: _____

Adulto a cargo/persona a contactar: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Actual condición de vivienda: hogar hogar adoptivo casa de interrado refugio otro: _____

Persona y/o agencia que refiere: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Por favor responde lo siguiente:

1) Esta el joven bajo la custodia del estado? Sí No

2) La justicia juvenil esta involucrada o a punto de involucrarse? Sí No

Por favor describa: _____

3) Esta el joven fallando la mayoría de sus clases? Sí No

4) Esta joven faltando a la mayoría de clases? Sí No

5) Ha sido el joven diagnosticado con una enfermedad mental o un trastorno de comportamiento? Sí No

Si responde si, por favor explique e incluya el diagnóstico y nombre del médico: _____

6) Está el joven a punto de ser removido del hogar? Sí No

7) El joven demuestra comportamiento sexual inapropiado? Sí No

Si responde si, explique, incluya la frecuencia: _____

8) Esta el joven involucrado con drogas, alcohol u otras sustancias ilegales? Sí No

Si responde Sí, explique, incluya la frecuencia: _____

9) El joven demuestra comportamiento agresivo? Sí No

Si responde si, explique, incluya tipo (físico o verbal) hacia quien esta dirigido (amigos, padres, etc.) cuando, donde y que otras circunstancias importantes: _____

10) Está la familia interesada en participar en el programa integral de ayuda? Sí No

Sí responde Sí La familia contactará el programa? El programa contactará a la familia?

REQUIRED: Firma del padre: _____ Fecha: _____