



Teléfono 413-657-1917
Fax 413-301-8205
referrals@RiseBHS.com

BEHAVIORAL HEALTH FORMULARIO DE REFERIDO

FUENTE DE REFERENCIA

Fecha de referido:	Servicio:	<input type="checkbox"/> ABA <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> IHBS <input type="checkbox"/> IHT
Nombre de proveedor que lo refirió:	Agencia:	
Número de Contacto:	Fax:	

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CLIENTE

Nombre:	Idioma de preferencia:	
Calle y Ciudad:	Estado y código postal:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Plan Médico:	ID#(s):	
Nombre del Padre/Madre o Guardián:	Relación al cliente:	
Número de Contacto de Padre/Madre o Guardián:	Idioma de preferencia de Padre/Madre o Guardián:	
Nombre de Guardián Legal:	Número de Contacto de Guardián Legal:	
Nombre de médico primario:	Nombre de clínica:	
Número de contacto de médico primario:	Número de Fax de médico primario:	

INFORMACIÓN CLINICA

Razón para referido:	
Diagnóstico:	
Diagnóstico Secundario:	
Diagnóstico médico/físico relevante:	

HISTORIAL PSIQUIÁTRICO:

		CIRCULE	PROVEA DETALLES SI APLICA
Recibió servicios anteriormente en la agencia referida:	Sí	No	
Historial de agresión:	Sí	No	
Historial de ideación/conducta suicida:	Sí	No	
Historial de hospitalizaciones psiquiátricas:	Sí	No	
Sintomas y diagnósticos previos:			

CONDUCTA

<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Ideación/conducta Suicida	<input type="checkbox"/> Incumplimiento con servicios	<input type="checkbox"/> No quiere atender la escuela	<input type="checkbox"/> Escapamiento
Otros (nombre cualquier otra preocupación incluyendo deficiencias en destrezas sociales/emocionales/ conducta)				

TRATAMIENTO ACTUAL

Si el cliente(a) consume medicamentos actualmente, provea los detalles. Si prefiere, puede enviar una lista por separado.

Nombre del proveedor:		Agencia:		Número de Contacto:	
Nombre del proveedor:		Agencia:		Número de Contacto:	
Nombre del proveedor:		Agencia:		Número de Contacto:	

MEDICAMENTOS ACTUAL

Si el cliente(a) consume medicamentos actualmente, provea los detalles. Si prefiere, puede enviar una lista por separado.

Nombre:		Dosis:		Frecuencia:	
Nombre:		Dosis:		Frecuencia:	
Nombre:		Dosis:		Frecuencia:	

Por favor incluya uno de los siguientes documentos:

1. IEP (si aplica)
2. Evaluaciones de diagnóstico/psiquiátricas
3. Resultados del examen físico más reciente

Firma de la persona que refiere _____ **Día/Fecha** _____

Envíe los referidos al 413-301-8205 o por correo electrónico a Referrals@RiseBHS.com