



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 CLÍNICA

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	
Síntomas 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 preocupaciónincluyendo deficienciasen 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