



## Recomendación para Servicios

Jóvenes / Adultos (circule uno)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Nombre del personal de Weber: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Medi-Cal #: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

### **CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación al cliente: \_\_\_\_\_

### **FUENTE DE REFERENCIA:**

Libertad condicional \_\_\_\_\_ CSW \_\_\_\_\_ Por mí mismo/padres \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **SERVICIOS DE INTERES: (Por favor marque todos los que sean pertinentes)**

- Drogas y alcohol     Prevención de alcohol y drogas    Droga de preferencia: \_\_\_\_\_
- Terapia individual/familiar     Evaluación de salud mental     Consejería para el manejo del enojo
- Clases para padres     Interés en grupo de apoyo: \_\_\_\_\_     Atención de psiquiatra
- Trabajador de servicio comunitario    Número de horas necesarias: \_\_\_\_\_
- Participación obligada     Participación voluntaria

### **INDICA LA RAZON POR EL INTERES DE LOS SERVICIOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5849 Crocker Street, Unit L  
Los Angeles, CA 90003  
T: (323)234-4445 F: (323)234-4477

**PARA USO DE OFICINA:**

- **Estas en peligro inmediato a lastimarte a ti o a otros?:** **SI / NO \***

**\*Si, cuál es tu ubicación actual y explicación:**

---

---

---

**\*Comunicarse con la supervisora de la clínica.**

- **Día y hora disponible para servicios semanales:**

---

- **Comentarios adicionales:**

---

---

---

**PROGRAMAAS DISPONIBLES:**

BVOW     Servicios ambulatorios/RRR     Educación escolar/PEI     WRAPAROUND  
 Servicios intensivos     UAM     DMC     IY (20- semanas de programa)

**Registro de llamadas:**

FECHA	PROPOSITO DE CONTACTO / ACCION