



Lamar CISD Formulario de Referencia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Adulto legalmente responsable, si corresponde: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Raza _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono residencial #: _____ Teléfono del trabajo # _____

Aseguranza:

__ Medicaid # _____

__ Otra Aseguranza: _____ # _____

__ Titular de la póliza si el seguro del empleador privado _____

Fuente de referencia: _____ Fecha de remisión: _____

➤ Información de contacto: Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si niño-adolescente: Escuela: _____ Grado: _____ Programa Especial: _____

Participación en el Tribunal de Menores: __ No __ Sí: _____

¿La persona que actualmente recibe servicios de salud conductual?: __ No __ Sí: _____

Presentación de problemas: _____

Padre notificado por el consejero/personal de la escuela: _____

Correo electrónico del consejero: _____

Suicida u homicida: __ No __ Sí _____

Uso/abuso de sustancias: __ No __ Sí _____

Participación legal: __ No __ Sí: _____

Participación con otras agencias (DSS, DJJ, libertad condicional, etc.): __ No __ Sí: _____

Problemas médicos conocidos actuales-medicamentos: __ No __ Sí: _____

Alergias conocidas: _____

*****OFFICE USE*****

Disposition: Accepted for services yes _____ no _____ If no explain _____

Need identified as: ☐ urgent (w/in 2 hrs.) ☐ Immediate (w/in 24 hours) ☐ Emergent (w/in 48 hours) ☐ Routine (w/in 5 business days)

Initial Appointment Scheduled: __ No __ Yes: Date: _____

Interview with referral source: __ No __ Yes: Date _____

Consent to release information about disposition to referring source/agency: [] Yes [] NO

Referring source/agency was informed of eligibility or ineligibility of service by:

URC Contractor: _____ Date: _____

If not accepted for services, please list any recommendations provided to Individual:

(2)

(2)

(3)

UHS Representative, Title

Date