



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) _____

_____ Date _____

UHS Representative, Title