Chino Valley Unified School District Behavioral Health Center
12970 Third Street, Chino, CA 91710
(909) 628-1201 Ext. 8969 · (909) 548-6046 FAX

Referral for Behavioral Health Services
Solicitud para Recibir los Servicios de Salud Mental

County_____ **Penelope** ☐ **Intake Log** ☐ **SE** ☐ **Yes** ☐ **No**

Medical Eligible ☐ **Yes** ☐ **No** **Date Rec** _____

Medi-Cal Benefit ID #_____

Recomendado por: _____ Teléfono:_____ Fecha: _____

Nombre del Alumno/Cliente: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Grado: _____

Número de Seguro Social o Número de Medi-Cal: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Nombre de la Escuela:_____ Nombre del Maestro: _____

Nombre de los Padres/Tutores: _____

Número de Teléfono (casa)_____(trabajo)_____(celular)_____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Dirección del Correo: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACION CONFIDENCIAL O PRIVILEGIADA

Doy mi consentimiento al Distrito Escolar de Chino Valley Unified School District y a Chino Valley Unified School District Behavioral Health Center a intercambiar información confidencial y/o privilegiada, incluyendo información referente a tratamientos de salud mental para asi poder desarrollar e implementar un plan de servicios para

_____.
Nombre del alumno/alumna

Esta autorización es solamente para la siguiente información:

_____ Todos los expedientes sin excepción alguna
_____ Información sobre citas y asistencia a los tratamientos
_____ información sobre diagnósticos y evaluaciones
_____ Planes de tratamientos
_____ Resúmenes sobre tratamientos
_____ Historial sobre socialización
_____ Otro: _____

Esta autorizacion es ademas limitada de la siguiente manera: _____
_____
_____

RESTRICCIONES: Entiendo que las personas o agencias a quienes se extiende este consentimiento no podrán utilizar o intercambiar mas información a menos que se obtenga otra autorización o a menos que el utilizar o compartir la información sea solicitada o permitida por las leyes.

DURACIÓN: Este consentimiento esta sujeto a ser revocado en cualquier momento por la persona que lo firma, de lo contrario el consentimiento terminará en:

_____
(Fecha, Evento o Condición)

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar, o a limitar el uso de este consentimiento. He leído detalladamente este consentimiento y se me han contestado todas mis preguntas. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de este documento.

Fecha: _____ Firma de los padres o tutores: _____

Fecha: _____ Nombre de la agencia: _____ Firma_____

Fecha:_____ Firma del Administrador: _____ Puesto:_____

Información relacionada con la privacidad o confidencialidad del cliente

Ver la sección de: 5328, 10850, y 18968.46 del Código Welfare & Institutions (Bienestar e Instituciones); secciones 56 del Código Civil; 42 CFR 2.31, 2.33, y 2.35; secciones 49075 del Código de Educación; secciones 900-1070 del Código de Evidencia; y sección 123100 del Código de Salud y Seguridad revised 2/15/13

Chino Valley Unified School District Behavioral Health Center
12970 Third Street, Chino, CA 91710 –
(909) 628-1201 Ext. 8969 – (909) 548-6046 FAX

Medi-Cal Behavioral Health Services Referral Checklist

==========

Solicitud para Obtener los Servicios de Salud Mental de Medi-Cal
Lista de Comportamientos

Nombre del alumno: _____ Nombre del maestro/maestra: _____

Fecha:_____ Grado: _____

Frequentemente, los alumnos muestrancomportamientos o cambios en su comportamiento que causan cierta preocupación entre el personal de la escuela. Este lista puede ser utilizada como una guía para ayudar a determinar si es apropiado hacer una recomendación para recibir los servicios de salud mental para el alumno y su familia. Si los indicadores de esta lista continuan aún después de seguir las intervenciones regulares que ofrecen los maestros o las que ofrece la escuela, entoncés se considerará hacer una solicitud para recibir los servicios de salud mental.

Indicadores de conducta Emocionales

- ☐ Usa language abusivo
- ☐ Discute/Desafiante
- ☐ Busca atención
- ☐ Es el payaso de la clase
- ☐ Destruye cosas o propiedades ajenas
- ☐ Da muestras de afecto que no son apropiadas y con quién?
  _____
  _____
- ☐ Interrumpe/molesta
- ☐ Hiperactivo
- ☐ Amenaza (ejemplos:)
  _____
- ☐ Robos
- ☐ Deshonesto
- ☐ Hace trampas
- ☐ Llega tarde o falta a clases
- ☐ Se sale constantemente de la clase
- ☐ Esta bajo libertad condicional

Indicadores Académicos

- ☐ Se da facilmente por vencido
- ☐ Ha bajado su rendimiento académico
- ☐ Hace poco esfuerzo
- ☐ Muestra poca motivación
- ☐ No termina su trabajo
- ☐ Su coordinación motriz es inferior a la de sus compañeros

Indicadores familiares o del medio ambiente

- ☐ Habla sobre abusos
- ☐ Otros hermanos o hermanas muestran problemas
- ☐ Al hablar de sus padres muestra ira/enojo
- ☐ Recientemente sufrió una perdida (muerte, separaciín, cambio, etc.)
- ☐ Otras dificultades en la familia (de dinero, salud, separación, etc.)
- ☐ Consumo de drogas por los padres o seres queridos
- ☐ Otros problemas de conducta reportadas por los padres
- ☐ Recientemente o anteriormente fue removido del hogar
- ☐ Existe (o hubo) un caso con el Departamento de Protección al Menor (CPS)

Indicadors

- ☐ Se muestra a la defensiva
- ☐ Excesivamente responsible
- ☐ Irritable
- ☐ Paranoico (siente que otros lo acosan lo observan, lo siguen, etc)
- ☐ Histeria (llanto excesivo)
- ☐ Risa excesiva o incontrolable
- ☐ Se orina o defeca en la ropa
- ☐ Cambios repentinos del estado de animo
- ☐ Retraido
- ☐ Se queda dormido(a)
- ☐ Letargico, débil
- ☐ Se aparta de sus compañeros/ victima de burlas

Favor de describir el comportamiento, la actitud o actitudes que estan causando preocupación:

_____

_____

___

¿Que le gustaría que cambiára? ¿Cuáles metas o logros le gustaría que fueran obtenidas?

_____

_____

¿Esta usted enterado de algun historial de abuso, violencia familiar, divorcio, o cualquier otro trauma?

_____

_____

¿QUE SE HISO ANTERIORMENTE?_____

_____

_____

ALGUNA OTRA INFORMACION QUE DEBEMOS SABER?

_____

_____

Este formulario fue llenado por: _____