

Formulario de recomendación de salud mental
ESCUELA DE DISTRITO OAK GROVE
Referencia enviarla a: Kristina Borrego – kborrego@ogsd.net

Fuente de la referencia:		Correo electrónico de la persona haciendo la referencia/teléfono #: ()		Fecha:	
INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Apellido del estudiante:		Nombre de Pila:		Segundo Nombre:	
Dirección:		Ciudad/código:		Idioma principal:	
SS #:		Cobertura Medi-Cal: SI o NO		Fecha de nacimiento:	
Cuestiones Médicas:		Edad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Apoyo Educativo: 504 Plan IEP BIP NINGUNO					
Escuela actual:		Grado:		Persona de contacto escolar #: ()	
Padre/Tutor:			Teléfono #: () ()		Idioma principal del Padre/Tutor:
Fortalezas del estudiante/Intereses:					
RAZÓN DE LA REFERENCIA:					
Preocupación escolar:					
Preocupación familiar:					

Doy mi consentimiento para permitir que el personal de la escuela remita a mi hijo(a) (nombre) _____ para servicios proporcionados por agencias comunitarias colaboradoras (por ejemplo: Centro de Asesoramiento Alum Rock, Soluciones Comunitarias, Servicios Infantiles Rebekah, etc.). Entiendo que se puede proporcionar información relevante a las agencias comunitarias apropiadas, como el nombre, dirección, número telefónico, registro de asistencias, conducta y calificaciones.

Firma del Padre o Representante Legal _____

Fecha: _____

SLS Coordinator Use Only:		Agency Use Only:	
Date SLS Coordinator received referral: _____		Date Agency received: _____	
Required Documents: _ Grades _ Attendance Reports _ Disciplinary Report _ Other (SST Forms)		Assigned to: _ Alum Rock Counseling Center _ Community Solutions _ Rebekah Children's Services _ Prevention & Early Intervention (PEI) _ OGSD Internal/MFT _ Other: _____ _ Staff Assignment: _____	
SSID# _____		Date: _____	

