FORMULARIO DE REMISIÓN

PROGRAMAS:

Terapia ambulatoria (Individual, familiar): ☐ Administración de casos: ☐ Rehabilitación psicosocial (PSR): ☐ Problemas psiquiátricos: ☐

Nombre de la persona remitida: _____ Apellido: _____

Fecha de nac.: _____ Núm. de la SS: _____ Género: _____

Motivo de la remisión: _____

¿La persona remitida ha recibido servicios de Chrysalis antes? _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Núm. de teléfono preferido: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Tutor legal: _____ Relación con la persona remitida: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Núm. de teléfono preferido del tutor legal: _____ Otro núm. de teléfono: _____

Contacto adicional: _____ Relación con la persona remitida: _____

Núm. de teléfono preferido del contacto adicional: _____ Otro núm. de teléfono: _____

¿La persona remitida está en la escuela? _____ En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____

¿La persona remitida está residiendo en cuidado tutelar de grupo o terapéutico? _____ En caso afirmativo, ¿con quién? _____

¿La persona remitida está recibiendo actualmente servicios terapéuticos? _____ En caso afirmativo, ¿con quién? _____

¿La persona ha sido hospitalizada en los últimos 7 días? _____

Idioma preferido para la evaluación: _____ Idioma preferido para los servicios: _____

Dominio limitado del inglés ☐ Sí ☐ No ☐ Discapacitado visual

☐ Discapacitado auditivo Se desean apoyos auxiliares para la comunicación: _____

Raza: ☐ Hispano blanco ☐ Indio americano ☐ Asiático o isleño del Pacífico ☐ Otro

☐ Afroamericano ☐ Multirracial ☐ Hispano de ascendencia afroamericana ☐ Blanco

Grupo étnico: ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Mexicano ☐ Otro hispano ☐ Haitiano ☐ Otro

¿Dónde se prestarían los servicios? ☐ Hogar ☐ Escuela ☐ Oficina ☐ Telemedicina

Seguro/financiamiento: _____ Póliza / Identificación del miembro: _____

Origen de la referencia o agencia: _____

Nombre: _____ Título o puesto: _____

Núm. de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si se ha remitido usted mismo, ¿cómo supo de nosotros? _____