



Referencia de Servicios de Salud Conductual

460 Kings County Dr. Suite 101
Phone Number: (559) 852-2444 Fax: (559) 589-6928
Email: bhinfo@countyofkings.com

Fecha de referencia:
Nombre del cliente:
Género asignado al nacer:
Identidad actual de género:
Etnicidad:
Veterano:
Alguna discapacidad:
Domicilio:
Dirección Postal:
Teléfono:
Le podemos contactar por:
adres/Guardián (si es menor):
¿Pueden los padres ser contactados?
¿Necesita intérprete?
¿Tiene el cliente Medi-Cal?
¿Tiene el cliente seguro privado?
Fecha de Nacimiento:
Edad:
¿El cliente se identifica como LGBTQ?
Raza:
Ciudad:
Código Postal:
Ciudad:
Código Postal:
(Mensaje)
Carreo
Teléfono
¿Tiene el cliente un caso abierto CWS?
Lenguaje primario:
Si es así, ¿ha sido referido a Kings View?
Si es así, ¿fueron referidos a un proveedor externo?

REFERENCIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Sistema de Cuidado Infantil (CSOC):

- Consejería Individual
Terapia Interactiva para padres y niños (PCIT)(2-7 y/o)
Grupos de Desarrollo de Destrezas
Nombre de Escuela:
Pasos de vida (SARB Solo comisión)

Sistema de Cuidado Adulto (ASOC):

- Consejería Individual
Tribunal de impartición de Justicia Colaborativa (Tribunal/Libertad Condicional solamente)
Grupo de Apoyo al Veterano

¿Recibe el cliente actualmente servicios de Salud Mental?
¿Recibió el cliente servicios de Salud Mental en el pasado?
Diagnóstico
¿Por Quién?
¿Cuándo?

¿Qué cambios recientes ha observado en el cliente?:

- Cambios en afectos (estados de ánimo/personalidad)
Desempeño escolar
Interacción Social
Resolución de conflictos
Otro:
Asistencia escolar

¿El cliente recientemente ha experimentado?:

- Acoso Escolar
Participación en sistema de justicia: Cuándo/Porqué?
Abuso físico/sexual
Cambio en la dinámica familiar - ¿Qué cambió?
Pérdida de ser querido: ¿Quién?/¿Cuándo?
CPS/ Cuidado Temporal

¿Qué clase de comportamientos muestra el cliente actualmente?

- Experimenta con alcohol y/o drogas
Falta de interés en cosas que disfrutaba
Comportamiento riesgoso Ejemplos:
Autolesiones Ejemplos:
Tiene pensamientos suicidas
Previos intentos de suicidio ¿Cuándo?
Tristeza/depresión
Agresión inusual
Aislamiento o retiro

Otro:



**Referencia de Servicios de Salud Conductual**

460 Kings County Dr. Suite 101  
Phone Number: (559) 852-2444 Fax: (559) 589-6928  
Email: [bhinfo@countyofkings.com](mailto:bhinfo@countyofkings.com)

Por favor provea más detalles para cualquiera de las categorías anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agencia de remisión: \_\_\_\_\_ Nombre de remitente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Razón para referir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del remitente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BH USE ONLY:**

**BH Services:**

- Individual Counseling
- PCIT (2-7 years of age)
- School Skill Building Groups: \_\_\_\_\_
- Information Only, No referrals made, Date: \_\_\_\_\_

- Groups
- Lifesteps
- CJTC/Court Date: \_\_\_\_\_

Linkages: Other Agency  
 Referral made to: \_\_\_\_\_ I & R Date: \_\_\_\_\_  
 Program referred to: \_\_\_\_\_

**Does client have a disability:**  Yes  No  
 Developmental  Physical  Decline to State

Agency Name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency Name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency Name \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date Case Rec'd/Opened: \_\_\_\_\_ Assigned to: \_\_\_\_\_ Anasazi Number: \_\_\_\_\_