



# MENTAL HEALTH SERVICES REFERRAL FORM

Please notify parent/caregiver prior to submitting this form

Submit Medi-cal referral form via email or fax: [mentalhealth@pusd.us](mailto:mentalhealth@pusd.us) or (626) 791-6251

Submit private insurance & no insurance referral form to THRIVE: School Mental Health on your campus.

**Does this student need to be seen immediately - suicide risk, danger to others, etc.?**

Yes No

If yes, notify administrator, counselor, school nurse, school mental health crisis team member and/or call the Mental Health Offices at (626) 396-5920 or (626) 396-3600 ext 88233

## Student Information

Name \_\_\_\_\_ Referral date \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Student ID \_\_\_\_\_ Student DOB \_\_\_\_\_

Referring person \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Referring person telephone # \_\_\_\_\_

Parent/Guardian name \_\_\_\_\_

Parent/Guardian telephone \_\_\_\_\_

Parent/Guardian language \_\_\_\_\_

Please select one: **Medi-Cal** **Private Insurance** **No Insurance**

**Briefly describe why you are making this referral at this time:**

## Referral disposition – Mental Health office use only

Received by \_\_\_\_\_ Date received \_\_\_\_\_ Parent/guardian contact date \_\_\_\_\_

Assigned to \_\_\_\_\_ Date assigned \_\_\_\_\_ Assigned by \_\_\_\_\_

Declined services: Referred to another agency: Program: PUSD MHS THRIVE



# FORMULARIO DE REFERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

*Notifique a los padres/cuidadores antes de enviar esta forma*

**Envíe el formulario de referencia con medi-cal por correo electrónico o fax: [mentalhealth@pusd.us](mailto:mentalhealth@pusd.us) o (626) 791-6251**

**Envíe el formulario de referencia con seguro privado y sin seguro a la oficina de THRIVE: School Mental Health de tu escuela**

**¿Este estudiante necesita servicios de inmediato - riesgo de suicidio, peligro para los demás, etc.?**  
**Si No**

*Si es así, notifique al administrador, consejero, enfermera de la escuela, miembro del equipo de crisis de salud mental de la escuela y / o llame a las Oficinas de Salud Mental al (626) 396-5920 o (626) 396-3600 ext 88233*

## Información del estudiante

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de referencia \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

ID de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_

Persona de referencia \_\_\_\_\_ Titulo \_\_\_\_\_

Persona de referencia tel. # \_\_\_\_\_

Nombre de padre/cuidador \_\_\_\_\_

Teléfono de padre/cuidador \_\_\_\_\_

Idioma del padre/cuidador \_\_\_\_\_

Por favor, seleccione uno: **Medi-Cal** **Seguro privado** **Sin seguro**

**Describa brevemente por qué está haciendo esta referencia en este momento:**

## Disposición de la remisión: uso exclusivo del consultorio de salud mental

Received by \_\_\_\_\_ Date received \_\_\_\_\_ Parent/guardian contact date \_\_\_\_\_

Assigned to \_\_\_\_\_ Date assigned \_\_\_\_\_ Assigned by \_\_\_\_\_

Declined services: \_\_\_\_\_ Referred to another agency: \_\_\_\_\_ Program: PUSD MHS THRIVE