



## **FORMULARIO DE REFERENCIA GENERAL PARA ASESORÍA CON CONSEJEROS DE SAP**

Complete la Remisión General de Consejeros de SAP para los estudiantes que puedan beneficiarse de la participación y apoyo que se ofrece por medio de Project Connect: Student Assistance Program. El Equipo SAP revisará la remisión y determinará las estrategias e intervenciones apropiadas.

**TENGA EN CUENTA: SI EL ESTUDIANTE ESTÁ FANIFESTANDO IDEACIÓN SUICIDA, AUTO LESIÓN, O UNA AMENAZA INMEDIATA HACIA OTROS, ASIGNE A UN ADULTO QUE LO ACOMPAÑE A VER A UN ADMINISTRADOR, CONSEJERO, O PSICÓLOGO. NO PERMITA QUE PERMANESCA DESATENDIDO EN NINGÚN MOMENTO.**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

Núm. de Id. de Estudiante: \_\_\_\_\_ Maestro/a (K-6º) o Consejero/a (7º-12º): \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Refiriendo o Parentesco a Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asistiendo con la Remisión (si es el caso): \_\_\_\_\_

Nombre de Padre(s): \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma Hablado en Casa: \_\_\_\_\_ Idioma Primario de Estudiante: \_\_\_\_\_

Por favor adjunte lo siguiente con el formulario:

Documentación relevante (notas, dibujos, trabajos, etc.)

**Estén al tanto si alguno de estos pasos se llevaron a cabo antes de una Referencia a los Consejeros de SAP (no requerido):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Referido a/revisión de expediente acumulativo      | <input type="checkbox"/> Se llevó a cabo o se programó una junta SST: Fecha: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Se habló con maestro(s) previamente, si es posible | <input type="checkbox"/> Remisión sin demora por motivo urgente   |
| <input type="checkbox"/> Se consultó a personal de otra escuela             | <input type="checkbox"/> Si es remisión del personal, se habló de Remisión de SAP con padre/tutor legal |

**Fortalezas Observadas en el/la Estudiante**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Capaz de resolver el problema                        | <input type="checkbox"/> Coopera con los demás   | <input type="checkbox"/> Participa activamente en clase |
| <input type="checkbox"/> Pide ayuda   | <input type="checkbox"/> Sigue las direcciones   | <input type="checkbox"/> Asistencia regular             |
| <input type="checkbox"/> Oyente atento  | <input type="checkbox"/> Aprende mejor al _____  | <input type="checkbox"/> Sentido del humor              |
| <input type="checkbox"/> Expresa sus necesidades por medio de la comunicación | <input type="checkbox"/> Hace/mantiene amistades | <input type="checkbox"/> Otro _____                     |

En base a su percepción por favor indique el índice de urgencia:

No urgente                      Moderadamente urgente                      Extremadamente urgente

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE RIVERSIDE  
**Programa de Asistencia Estudiantil**  
 (Student Assistance Program)

¡Apoyando los portales socioemocionales y conductuales hacia el aprendizaje... y a la vida!



Por favor complete ambas páginas de la Remisión.

Razón(es) por la Remisión (Marque las áreas específicas de preocupación.)	
<input type="checkbox"/> Estado de ánimo ansioso o temeroso	<input type="checkbox"/> Se distancia de compañeros
<input type="checkbox"/> Estallidos de ira	<input type="checkbox"/> Carece de habilidades sociales apropiadas
<input type="checkbox"/> Discute bastante	<input type="checkbox"/> Letárgico/duerme en clase
<input type="checkbox"/> Comportamientos para llamar la atención	<input type="checkbox"/> Cambios de estado de ánimo
<input type="checkbox"/> Lloro	<input type="checkbox"/> Asignación fuera del hogar
<input type="checkbox"/> Muerte de miembro de familia o amigo	<input type="checkbox"/> Divorcio entre padres/separación
<input type="checkbox"/> Deprimido/a, triste, o irritado/a	<input type="checkbox"/> Deterioro de/pobre higiene
<input type="checkbox"/> Destrucción de sus pertenencias	<input type="checkbox"/> Agresivo/a físicamente
<input type="checkbox"/> Malas calificaciones/desempeño debajo del promedio	<input type="checkbox"/> Ausentismo reciente de grupo de amigos
<input type="checkbox"/> Comportamiento irrespetuoso	<input type="checkbox"/> Rehúso a obedecer las reglas/direcciones
<input type="checkbox"/> Comportamiento perturbador	<input type="checkbox"/> Señales de trastorno alimenticio
<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/> Señales de uso o abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Ausentismo o demora excesiva	<input type="checkbox"/> Cambio repentino de ánimo o comportamiento
<input type="checkbox"/> Excluido por compañeros/carece de un amigo significativo	<input type="checkbox"/> Uso de lenguaje o ademanes inapropiados
<input type="checkbox"/> Desagrado extremo a la escuela	<input type="checkbox"/> Amenazas o agresivo/a verbalmente
<input type="checkbox"/> Fracaso o rehúso a completar trabajos asignados	<input type="checkbox"/> Víctima de agresión, acoso, violencia
<input type="checkbox"/> Quejas somáticas frecuentes (jaquecas, dolor de estómago, etc.)	<input type="checkbox"/> Reingreso (expulsión, centro de detención juvenil, psiquiatra, rehabilitación)
<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Suspensión (alcohol, droga, o relacionado a la violencia)
<input type="checkbox"/> Conversaciones o comportamiento sexual e inapropiado	<input type="checkbox"/> Otro _____

DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA/PREOCUPACIÓN
(Describa brevemente la(s) razón(es) por la remisión a <i>Project Connect: Student Assistance Program</i> . Incluya lo que ha observado detalladamente.):
_____
_____
_____
_____

HISTORIAL DE ESTUDIANTE
(Esté atento a cualquier historial educacional, familiar, social, o médico que sea significativo que usted conozca que pueda relacionarse a las razones por esta remisión.):
_____
_____
_____

INTERVENCIONES O RECURSOS QUE SEAN ACTUALES O PREVIOS
(SST, IEP, Servicios de Asesoría):
_____
_____
_____

Por favor complete ambas páginas del Formulario de Referencia.

Date Received by SAP Counselor: \_\_\_\_\_