



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

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



FORMULARIO DE REFERENCIA SIN DEMORA PARA ASESORÍA CON CONSEJEROS DE SAP

Complete la Formulario Sin Demora y entréguela a uno/a de los/as consejeros/as de SAP cuando haya una necesidad urgente o inmediata. Si es una cuestión en curso, se solicitará que se complete un Formulario de Remisión General a Consejeros de SAP.

TENGA EN CUENTA: SI EL ESTUDIANTE ESTÁ MANIFESTANDO 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.

Fecha: _____

Escuela: _____

Nombre del Estudiante Referido a un Consejero de SAP: _____

Nombre de la Persona Refiriendo al Estudiante: _____

Nombre de la Persona Asistiendo con el Formulario de Referencia (si procede): _____

Parentesco al Estudiante:	Motivo o Necesidad de Urgencia:
☐ Mismo(a)	☐ Acoso/Intimidación por Otros
☐ Persona Cercana/Amigo	☐ Crisis
☐ Miembro de Familia	☐ Situación/Incidente Familiar
☐ Administrador	☐ Dolor/Pérdida
☐ Maestro(a)	☐ Conflicto Serio Entre Personas Cercanas
☐ Consejero(a) de Escuela	☐ Depresión Severa o Estado de Ánimo Irritable
☐ Otra persona: _____	☐ Otra Cuestión: _____

Por favor describa brevemente el motivo o necesidad.

Date Received by SAP Counselor: _____