

Mental Health Services Referral Form

Please notify parents/caregivers prior to submitting this form.

Is this student a suicide risk or an immediate danger to others?

☐ YES

☐ NO

If yes, notify administrator, counselor, school nurse, and a mental health crisis team member. If you need assistance with this process call PUSD Mental Health at (626) 396-5920 or THRIVE: School Mental Health at (626) 396-3600 ext 88233.

Insurance Information

Does this student have Medi-Cal? ☐ Yes ☐ No

If YES please provide Medi-Cal ID Number or Social Security Number: _____

Submit referral form for students with Medi-Cal via email : mentalhealth@pusd.us or fax to (626) 791-6251.

If NO please submit this referral to your THRIVE: School Mental Health staff member on campus. If you do not have a THRIVE staff member on your campus please email referral to: THRIVE at thrive@pusd.us .

Student Information

Student Name: _____ Referral Date: _____

School: _____ Grade: _____

Student ID: _____ Student DOB: _____

Referring Person: _____ Title: _____

Referring Person Phone #: _____ Check any previous or current interventions/ services:

Parent/Guardian Name: _____ ☐ IEP Services

Parent/Guardian Phone #: _____ ☐ Assertive Disciplines

Parent/Guardian Language: _____ ☐ 504 Plan

Briefly describe the reason for this referral (e.g., concerning behaviors, previous interventions, symptoms, and/or problems):

Referral Disposition- Mental Health offices use only

Received by: _____ Date Received: _____ Parent/guardian contact date: _____ Referred to another agency: _____

Assigned to: _____ Date Assigned: _____ Assigned by: _____ Declined Services: ☐ Program: ☐ PUSD MHS ☐ THRIVE

Formulario de Referencia para Servicios de Salud Mental

Por favor notifique a los padres/cuidadores antes de enviar esta forma.

¿Este estudiante es un riesgo de suicidio o peligro inmediato a otros?

☐

SI

☐

NO

Si es sí, notifique al administrador, consejero, enfermera de la escuela, o un miembro del equipo de crisis de salud mental de la escuela. Si necesitan asistencia con este proceso puede llamar a las Oficinas de PUSD Salud Mental a (626) 396-5920 o THRIVE: Salud Mental (626) 396-3600 ext 88233

Información de Seguro

¿Este estudiante tiene Medi-Cal?

☐

Sí

☐

No

Si indico que Sí por favor proporcione los números de Medi-Cal o Seguro Social: _____

Envíe el formulario para servicios de salud mental para estudiantes con Medi-Cal por correo electrónico:

mentalhealth@pusd.us o faxear a (626) 791-6251.

Si la respuesta es No, entregue esta referencia a el miembro de THRIVE: Salud Mental en su escuela o por correo electrónico a THRIVE: thrive@pusd.us .

Información del estudiante

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de referencia: _____

Escuela: _____ Grado: _____

ID de Estudiante: _____ Fecha de nacimiento de estudiante: _____

Persona de Referencia: _____ Titulo: _____

Teléfono De la Persona de Referencia: _____ Marque cualquiera de los servicios o intervenciones anteriores y actuales:

Nombre de Padre o Cuidador: _____

Teléfono de padre/cuidador: _____

Idioma del padre/cuidador: _____

☐ IEP Services

☐ Disciplinas Escolares

☐ 504 Plan

Describa brevemente la razón por esta referencia en este momento ejemplo (comportamientos preocupantes, intervenciones intentadas, síntomas, y/o problemas):

Disposición: uso exclusivo del consultorio de salud mental

Received by: _____ Date Received: _____ Parent/guardian contact date: _____ Referred to another agency: _____

Assigned to: _____ Date Assigned: _____ Assigned by: _____ Declined Services: ☐ Program: ☐ PUSD MHS ☐ THRIVE