

Formulario de Recomendación al Programa Logrando Bienestar

Información del Cliente

Nombre: _____ FDN: _____ Edad: _____ Hombre Mujer Otro

Teléfono #: _____ Consentimiento verbal para dejar mensaje en (teléfono) No Sí ¿Cuál es el mejor momento para llamar? A.M. Medio día P.M.

Dirección: _____ Apt. #: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Sin hogar- ¿En qué ciudad y vecindario? _____

Si el cliente es menor de edad, por favor proporcione el nombre completo de padre o tutores Teléfono #: _____

Forma De Pago:

- Medi-Cal/ Keiser (Medi-Cal #: _____) Medicare (Edad 65+)
- Seguro Médico Privado No Aseguransá

Fuente de Referencia

Fecha: _____ Re: _____ Teléfono #: _____

Familia MD Agencia comunitaria APS/CPS Autoridades de Cumplimiento de la Ley

Escuela: _____ Otra: _____ Email: _____

Idioma Principal (hablado en casa):

- Idioma Americano de Señas(ASL) Mixteco Español Inglés Otro Lenguaje de señas
- Otro idioma: _____ Desconocido/No Reportado

Idioma Preferido (para que se presten los servicios)

- Idioma Americano de Señas(ASL) Mixteco Español Inglés Otro Lenguaje de señas
- Otro idioma: _____ Desconocido/No Reportado

Etnicidad:

Sí es Hispano o Latino:

- Caribe Centroamericano Mexicano/ Mexicano Americano/ Chicano
- Puertorriqueño Sudamericano Otra etnicidad hispana o latina _____

No-Hispano o No-Latino:

- Medio oriente Camboyano Africano Chino Filipino Indio Asiático/Sur de Asia
- Vietnamita Japonés Coreano Europeo del Este Otro: _____

Raza (seleccione una o más designaciones raciales)

- Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawaii o las Islas del Pacífico
- Blanco

Razón de la Referencia a Logrando Bienestar:

Preocupaciones de seguridad para el personal:

- No Historia Inusual Sí ¿Por que?: _____ Sin hogar Peligro para otros Manía
- Ideación suicida Intento de suicidio reciente Paranoia Delirio Uso de sustancias Alucinaciones
- Hospitalización reciente (cuando y dónde): _____ Duración de los síntomas: _____

Data entered in Avatar Pg.1

Para Uso Exclusivo del Personal de Logrando Bienestar

Verifique sí el individuo está en una o más de estas poblaciones subatendidas:

- Hispano / Latinx Mixteco Sin hogar Riesgo o exposición a trauma (niño/joven)
 Adulto mayor (60+) Africanoamericano Joven en edad de transición (TAY) (edades 16-25) LGBTQ+
 Asiático / Isleño del Pacífico

¿Es usted un veterano?

- No Sí

Se considera usted:

- Heterosexual Bisexual Homosexual o lesbiana Queer
 Otra orientación sexual (especifique): _____ Cuestionando/inseguro de su orientación sexual

¿Tiene alguna discapacidad? (La discapacidad se define como un impedimento físico o mental o una condición médica que dura al menos 6 meses y limita sustancialmente una actividad importante de la vida, que no es el resultado de una enfermedad mental grave.) No Sí

Sí tiene una discapacidad, seleccione todas las opciones que correspondan:

- Condición de salud crónica / dolor crónico
 Discapacidad del desarrollo Discapacidad física/de movilidad Demencia Discapacidad de aprendizaje Dificultad para ver
 Dificultad para escuchar, o hablar Otra discapacidad de comunicación (especifique): _____
 Otra discapacidad mental, no relacionada con la enfermedad mental Otra discapacidad (especifique): _____

Información del programa al que la persona será recomendada

- One Step a la Vez Project Esperanza Tri-County GLAD Rainbow Umbrella COMPASS
 F&F PYPF EDIPP Eating Disorders Clinicas del Camino Real
 PEP F&F Promotoras(MICOP) Otros: _____

Motivo de la recomendación a los programas anteriores:

Para Todas Las Referencia

Por favor complete la siguiente información para TODAS las recomendaciones a programas de prevención, intervención temprana u otros programas de tratamiento de Salud Mental del Condado (financiados, administrados o supervisados).

Fecha en que se hizo la referencia por escrito: _____ Nombre del Programa/Organización que RECIBE la referencia: _____

Nombre del contacto: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información adicional (Horas, requisitos especiales, etc.):

Información de la llamada de seguimiento: _____

Fecha en que el cliente participó por primera vez (al menos una vez) en el programa a cual fue referido: _____

Indique sí el cliente NO participó y razones por qué (sí se conoce): _____

¿Ayudó al cliente con alguno de los siguientes para acceder a servicios? No Sí **En caso afirmativo, indique a continuación.**

- Fichas de autobús Acompañamiento Transporte Servicios de traducción / interpretación
 Llamadas de recordatorio Otros: _____

CONDADO Referencias de salud mental SOLAMENTE

Complete SÓLO para aquellos casos recomendados a los Programas de Tratamiento de Salud Mental del CONDADO NO Servicios de Prevención o Intervención Temprana.

Razón por la cual se referido al programa:

¿Aproximadamente cuánto tiempo (en años y meses) ha estado experimentando los síntomas esta persona? _____

¿El individuo ha recibido tratamiento previo para estos síntomas? No Sí

En caso afirmativo, fecha aproximada y más reciente mes / año: _____

Please email Referral form to: Lograndobienestar@ventura.org or Fax to 805-981-4209

Submit by Email

Data entered in Avatar Pg.2