

Referencia de salud mental del Centro para la Esperanza

Fecha de remisión:

Complete este formulario en su totalidad y envíelo por correo electrónico a CFH_mentalhealth@lifebridgehealth.org

Proveedor de referencia

Nombre:

Agencia:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

En persona

Telesalud

Menor

Adulto

Información del Cliente

Nombre del cliente:

Fecha de nacimiento:

Nombre del tutor legal (si corresponde):

Teléfono:

Correo electrónico:

Guardián

Cliente

Guardián

Cliente

Mejor momento para ser alcanzado:

Idioma preferido:

Origen étnico

Dirección del cliente:

Código postal:

Relación del Tutor Legal con el Cliente:

Padre biológico

Familiar con Estatus Legal

Padre de crianza

Otro (explique):

Motivo de la derivación (incluya el trauma):

Síntomas comunes del trauma (marque todo lo que corresponda):

Trastornos del sueño

Pesadillas

Aumento de la agresividad

Alta irritabilidad

Ideación suicida

Falta de interés en actividades agradables

Dificultad para concentrarse

Ideación homicida

Pensamientos/sentimiento negativos prolongados

Aumento del aislamiento

Aumento de la necesidad de atención

Otro:

Tipo de Exposición al Trauma (marque todo lo que corresponda):

Maltrato infantil

Abuso sexual

Lucha contra la trata de personas y la explotación

Violencia comunitaria (tirotes no fatales, etc.)

Jóvenes/fugados/desaparecidos

Testigo de homicidio/víctima sobreviviente (fecha de muerte):

)

Violencia de noviazgo (violencia doméstica)

Pornografía infantil