

Direct Referral <input type="checkbox"/> Court Ordered <input type="checkbox"/> ID # _____ Appt Date: _____ MDT Date: _____ Re-Staffed MDT: _____ Date: _____	<h2 style="margin: 0;">CENTRO DE RECURSOS SILVER STAR</h2> <p style="margin: 0;">FORMULARIO DE REFERENCIA 855 E. Laurel Drive, Building H Salinas, CA 93905</p> <p style="margin: 0;">Ph. 831.755.8917 Fax 831.755.8925</p> <p style="margin: 0;">LLENE TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO Envíe el formulario a ssrc@co.monterey.ca.us</p>	Silver Star Staff Only: Appointment Date: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Referral Closed? <input type="checkbox"/> Yes Reason referral closed: <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
---	---	--

Fecha: _____	Para: Centro de Recursos Silver Star
Referido por: _____	Nombre de Agencia: _____ Titulo: _____
Tel#: _____	Estatus de Probación: _____ Nombre del Oficial: _____

Nombre del Menor: _____ FDN: _____ Edad: _____ Hombre Mujer
 Lugar de Nacimiento: _____ Grado Escolar: _____ No de Contacto: _____
 Escuela actual o ultima que asistió: _____ Correo electrónico: _____
 Educación Especial/IEP? Si No Fecha de ultimo IEP: _____ Idioma Preferido: _____

1. Nombre del cuidador principal: _____ No. de Tel: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Email: _____
 ¿El cuidador habla español? Yes No Idioma preferido por el cuidador del menor: _____

2. Alguien más cuida del menor, cual es el nombre?: _____ No. de Tel: _____
 Idioma Preferido: _____ Email: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Seguro médico: Medi-Cal Privado: Especifique cual seguro si lo sabe: _____

¿Se les notifico a los padres que el menor fue referido a este programa? Si No

Razón por la que fue referido/ (marque todas las opciones que apliquen):	FORTALEZAS DEL MENOR:
<input type="checkbox"/> Problemas Escolares <input type="checkbox"/> Expulsión <input type="checkbox"/> Ausentismo Escolar <input type="checkbox"/> Bajos Grados <input type="checkbox"/> Comportamiento **por favor especifique los problemas relacionados con la escuela** <hr/> <input type="checkbox"/> Envuelto en Pandillas: <input type="checkbox"/> Compañeros <input type="checkbox"/> Miembro de Pandilla: Afiliación: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Problemas familiares (describe): _____ <input type="checkbox"/> Abuso de Substancias: Que tipo: _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____ <input type="checkbox"/> Preocupaciones de Comportamiento (Llene el formulario de CBH adjunto para que su referencia sea procesada) <input type="checkbox"/> Violencia (Compañeros/familia) (describa): _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otro Sistema de apoyo <input type="checkbox"/> Apoyo Familiar <input type="checkbox"/> Liderazgo <input type="checkbox"/> Creencias sociales favorables <input type="checkbox"/> Compañeros positivos <input type="checkbox"/> Buena asistencia en la escuela <input type="checkbox"/> Intereses/talentos: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Otros: _____ <hr/> <hr/> <hr/>

Programas Recomendado(s):

- El Proyecto de los Padres
(Padres de jóvenes entre las edades de 11–18 SOLAMENTE)
- Fortaleciendo Familias
(Edades 10–16)
(Padres y Jóvenes asisten)
- Tutoría
(Para edades entre 11–14)
- Soluciones Amorosas
(Edades 5–10)
- Junta del Desarrollo de la
Fuerza Laboral (Edades 16–21)
- DAISY (Abuso de Substancias)
(Jóvenes de 13–18 años)
- DAISY (Control de la Ira)
(Jóvenes de 13 - 18 años)
- Salud del Comportamiento
(Complete el formulario de
CBH adjunto si marca esta caja)

- YATV (Jóvenes asistiendo a SUHSD)
- Programa de Justicia Restaurativa
 - Clase del Impacto a las Víctimas
 - Basada en la Escuela
(Harden/Carr Lake Middle & Elementary
Schools)
- Centros de Sun Street
- Armonía en Casa
- Fiscal/Revisión del Estatus de Ausentismo
- Evaluación para Silver Star

Otro:

***Programas/Referencias Anteriores**

Nombre del Programa: _____

Fecha: _____

¿Terminó el programa? Si No

Información Adicional para MDT:

SSRC Formulario Suplementario para CBH (Children's Behavioral Health)

(Ser completado por la parte remitente en base a la información actual)

1. ¿A solicitado el menor/su hijo, que lo refieran a servicios? Si No
2. ¿Al menor/su hijo, le gustaría participar en servicios de terapia? Si No No está seguro
3. ¿El joven ha recibido alguna vez servicios para salud mental/comportamiento? Si No
- ¿Si la respuesta es sí, Cuando? _____
- ¿Donde? Privado/Terapeuta Comunitario Condado/Servicios de Consejería en la Escuela
- Nombre del Proveedor: _____

Riesgos

1. ¿Alguna vez el menor referido/su hijo a intentado cometer suicidio? Si No N/A
- ¿Si la respuesta es sí, Cuando? _____
2. ¿Alguna vez el menor referido/su hijo a sido una amenaza para otros (violento)? Si No N/A
- ¿Si la respuesta es sí, Cuando? _____
3. ¿Alguna vez el menor referido/su hijo a usado drogas al punto de una sobredosis? Si No N/A
- ¿Si la respuesta es sí, Cuando? _____
4. ¿Alguna vez el menor referido/su hijo a sido detenido bajo el código 5150/5585? Si No N/A
- ¿Si la respuesta es sí, Cuando fue las más reciente hospitalización? _____
5. ¿Los padres del joven/cuidadores, apoyan el que se haya referido a estos servicios? Si No
- Nombre de los padres o cuidadores en acuerdo con esta referencia: _____
6. Padres/Cuidadores o agencia remitente, por favor describa lo que más le preocupa sobre la salud mental del joven: