

Solicitud de Servicios Integrales Individualizados de *Families Forward*

(Esta derivación es SOLAMENTE para niños de Medi-Cal)

Programa de servicios integrales individualizados de Families Forward 9445 Farnham Street, Suite 100 San Diego, CA 92123
Teléfono (858)380-4676 Fax (858) 569-2418

Fecha: ____/____/____

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del/los padre/s/tutor/es: _____ Teléfono: _____

Dirección del padre/tutor: _____

Dirección y teléfono del menor (si es diferente del anterior): _____

Etnia e idioma preferido del menor: _____

Etnia e idioma preferido del padre: _____

Región (marque una): Sur Central Norte Condado Este

Participación en el sistema (actual) (marque una): Asistencia social para niños AB2726 Libertad condicional Ninguna

Nombre del agente y entidad que lo envían: _____ Teléfono: _____

Correo Electronico del agente y entidad que lo envian: _____

Motivo de la derivación: _____

Diagnóstico de Eje I: _____

Aspectos fuertes del menor: _____

Aspectos fuertes de la familia: _____

¿El menor está recibiendo o ha recibido tratamiento de salud mental? Sí No
(Si responde "Sí", ¿el tratamiento actual o anterior ha insuficiente para mejorar los síntomas? Sí No)

¿Está el menor en riesgo de perder la ubicación en el hogar? Sí No
(ir a cuidado residencial, hogar de crianza, encarcelado u hospitalizado)
Conducta de riesgo: _____

¿Está el menor en transición de su ubicación actual a su hogar en un futuro próximo? Sí No
Tiempo de transición anticipado: _____

¿Sabe la familia/el tutor que fueron derivados a Families Forward? Sí No

¿En qué categoría de objetivo/s final/es estaría el cliente? (marque una o más):
 Nuevo arresto Encarcelamiento Nueva hospitalización Ausentismo escolar Tasa de expulsión Asistencia a la escuela Programa alternativo de rehabilitación residencial

Seguro del cliente: N° de Medi-Cal _____

Material de derivación adjuntos (si no están disponibles, indique el motivo y/o cuándo estarán disponibles):

_____ Planilla inicial, Servicios Infantiles del Condado de S.D. – MHS 140 o Planilla inicial de datos del joven y familiares, Departamento de Libertad Condicional

* _____ ¿Copia de la tarjeta de Medi-Cal? Sí No **(Es necesaria una copia de la tarjeta para iniciar el caso, se debe enviar con la derivación)**

_____ Evaluación psicológica más reciente

_____ Resumen de alta/síntesis del Proyecto de Mejora de los Tribunales Juveniles (**Juvenile Courts Improvement Project** [JCIP]) o de tratamiento más reciente

_____ Evaluación de salud mental y Actualización de la evaluación de salud mental más reciente

_____ Estudio social más reciente

_____ Informe judicial/historial de ubicación más reciente

_____ Plan individualizado de educación (Individualized Education Plan [IEP]), expedientes de asistencia (un año), calificaciones escolares más recientes

_____ Cuestionario de historial infantil y juvenil, y/o cuestionario sobre alcohol y drogas