



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE PASADENA

### FORMULARIO DE REFERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

1520 N. Raymond Ave, Edificio 2-7, Pasadena, CA 91103- TELÉFONO: (626) 396-5920 Fax: (626) 791-6251  
 CORREO ELECTRÓNICO: [mentalhealth@pusd.us](mailto:mentalhealth@pusd.us)

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____	Fecha de referencia _____
Escuela: _____ Grado: _____	ID de estudiante _____
Persona de referencia: _____	Persona de referencia tel. #: _____
Nombre del padre/cuidador: _____	Teléfono de padre/cuidador: _____
Idioma del padre/cuidador: _____	Fecha de nacimiento del estudiante _____

**Describe brevemente por qué está haciendo esta referencia en este momento:**

**¿Este estudiante necesita servicios de inmediato (riesgo de suicidio, peligro para los demás, etc.)?**  Si  No

*Si este es el caso, no dude en notificar a un administrador, consejero o enfermera de la escuela*

#### ÁREAS DE PROBLEMA (MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES)

El rendimiento escolar	Comportamiento	Emocional	Social
<input type="checkbox"/> no completa las tareas	<input type="checkbox"/> discutiador	<input type="checkbox"/> triste	<input type="checkbox"/> no se lleva bien con sus compañeros
<input type="checkbox"/> no le interesa la escuela	<input type="checkbox"/> baja frustración	<input type="checkbox"/> ansioso/nervioso	<input type="checkbox"/> burlado / disgustado por sus compañeros
<input type="checkbox"/> tardanzas frecuentes	<input type="checkbox"/> desafiante	<input type="checkbox"/> irritable/enojado se	<input type="checkbox"/> prefiere niños más pequeños
<input type="checkbox"/> baja asistencia	<input type="checkbox"/> abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> siente inutil	<input type="checkbox"/> aislado / retirado
<input type="checkbox"/> periodo de atención corto	<input type="checkbox"/> no usar el baño	<input type="checkbox"/> se siente no amado	<input type="checkbox"/> sospecha de participación en pandillas
<input type="checkbox"/> se mueve constantemente	<input type="checkbox"/> agresivo	<input type="checkbox"/> cambios de humor	<input type="checkbox"/> líder negativo
<input type="checkbox"/> deja clase / escuela	<input type="checkbox"/> roba	<input type="checkbox"/> arrebatos	
	<input type="checkbox"/> daño a uno mismo		
<b>Trauma / Pérdida</b>	<b>Médico / físico</b>	<b>Modificaciones probadas:</b>	
<input type="checkbox"/> víctima de violencia	<input type="checkbox"/> mala higiene	<input type="checkbox"/> pequeño grupo de trabajo	<input type="checkbox"/> tiene plan 504
<input type="checkbox"/> testigo de la violencia	<input type="checkbox"/> tiene necesidades de vision	<input type="checkbox"/> contrato de comportamiento	<input type="checkbox"/> tiene IEP
<input type="checkbox"/> experiencia traumática	<input type="checkbox"/> tiene necesidades auditivas	<input type="checkbox"/> tareas simples	
<input type="checkbox"/> muerte / lesión del familiar / amigo	<input type="checkbox"/> tiene necesidades dentales	<input type="checkbox"/> referencia de SST	
<input type="checkbox"/> reporte policial	<input type="checkbox"/> parece cansado	<input type="checkbox"/> referencia a la oficina	
<input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> visitas frecuentes a enfermera	<input type="checkbox"/> cambio de asiento	
	<input type="checkbox"/> bajo/sobre peso	<input type="checkbox"/> ayudante	
		<input type="checkbox"/> contacto padre/cuidador	

**Notifique a los padres / cuidadores antes de enviar esta forma.**

El padre ha sido notificado por la persona que hace la referencia  Si

Envie por correo electronico : [mentalhealth@pusd.us](mailto:mentalhealth@pusd.us)

<b>MH OFFICE STAFF USE ONLY</b>	Date received: _____	Processed by: _____	Date entered in EHR: _____
Active MediCal (Y/N)? _____	OHC (Y/N): _____	SOC (Y/N): _____	MC aid code: _____ IEP (Circle one): YES NO
Open DMH episode (Y/N)? _____	Agency: _____	Prior DMH treatment (Y/N)? _____	

<b>MH CLINICAL STAFF USE ONLY</b>	Supervisor assigning referral: _____		
Assigned to: _____	Assignment date: _____	Funding (Circle): MediCal PEI RRR ERICS	
Referral disposition (Circle one):	Intake completed	Declined services	Not able to contact
	Other: _____		

"Aviso de privacidad: este mensaje, y todos los archivos adjuntos, están destinados solo para el uso de la persona o entidad a la que se dirige y puede contener información que es privilegiado, confidencial o está exento de divulgación según las leyes federales o estatales. Si el lector de este mensaje no es el destinatario o el empleado previsto agente responsable de entregar el mensaje al destinatario previsto, se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibida. Si recibió esta comunicación por error, notifique al remitente y destruya este documento y todos los archivos adjuntos "