



MENTAL HEALTH SERVICES REFERRAL FORM

Please notify parent/caregiver prior to submitting this form

Submit Medi-cal referral form via email or fax: mentalhealth@pusd.us or (626) 791-6251

Submit private insurance & no insurance referral form to THRIVE: School Mental Health on your campus.

Does this student need to be seen immediately - suicide risk, danger to others, etc.?

Yes No

If yes, notify administrator, counselor, school nurse, school mental health crisis team member and/or call the Mental Health Offices at (626) 396-5920 or (626) 396-3600 ext 88233

Student Information

Name _____ Referral date _____

School _____ Grade _____

Student ID _____ Student DOB _____

Referring person _____ Title _____

Referring person telephone # _____

Parent/Guardian name _____

Parent/Guardian telephone _____

Parent/Guardian language _____

Please select one: **Medi-Cal** **Private Insurance** **No Insurance**

Briefly describe why you are making this referral at this time:

Referral disposition – Mental Health office use only

Received by _____ Date received _____ Parent/guardian contact date _____

Assigned to _____ Date assigned _____ Assigned by _____

Declined services: _____ Referred to another agency: _____ Program: PUSD MHS THRIVE



FORMULARIO DE REFERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Notifique a los padres/cuidadores antes de enviar esta forma

Envíe el formulario de referencia con medi-cal por correo electrónico o fax: mentalhealth@pusd.us o (626) 791-6251

Envíe el formulario de referencia con seguro privado y sin seguro a la oficina de THRIVE: School Mental Health de tu escuela

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

Si es así, notifique al administrador, consejero, enfermera de la escuela, miembro del equipo de crisis de salud mental de la escuela y / o llame a las Oficinas de Salud Mental al (626) 396-5920 o (626) 396-3600 ext 88233

Información del estudiante

Nombre _____ Fecha de referencia _____

Escuela _____ Grado _____

ID de estudiante _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____

Persona de referencia _____ Titulo _____

Persona de referencia tel. # _____

Nombre de padre/cuidador _____

Teléfono de padre/cuidador _____

Idioma del padre/cuidador _____

Por favor, seleccione uno: **Medi-Cal** **Seguro privado** **Sin seguro**

Describa brevemente por qué está haciendo esta referencia en este momento:

Disposición de la remisión: uso exclusivo del consultorio de salud mental

Received by _____ Date received _____ Parent/guardian contact date _____

Assigned to _____ Date assigned _____ Assigned by _____

Declined services: _____ Referred to another agency: _____ Program: PUSD MHS THRIVE