Desert/Mountain Children's Center

♦ 17800 Highway 18, Apple Valley, CA 92307 (760) 552-6700 (760) 946-0819 FAX

♦ 42007 Fox Farm Rd. Ste 2A ● P.O. Box 1963 ● Big Bear Lake, CA 92315 (909) 866-2165 (909) 866-5653 FAX

Remisión para servicios de salud conductual

Estudiantes de 1º a 12º grado

Remitido por: _____ Número telefónico: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente/estudiante: _____ Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Escuela a la que asiste: _____ Maestro/a: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono hogar: _____ Teléfono trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Información de seguro: *Pacific Care* _____ *IEHP* _____ *Tri Care* _____ *Molina* _____ *Cash Pay* _____

¿Elegible Medi-Cal? ☐ No ☐ Sí Número beneficios Medi-Cal: _____ Fecha emisión: _____

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL /PRIVILEGIADA

Yo autorizo a _____ y al *Desert/Mountain Children's Center* para intercambiar información confidencial/privilegiada, incluyendo información respecto al tratamiento de salud mental, para desarrollar e implementar un plan de servicios para _____

(Nombre del cliente/estudiante)

Esta autorización se limita a los siguientes tipos específicos de información:

- ☐ Todos los registros, sin excepción
- ☐ Programación e información de asistencia al tratamiento
- ☐ Información de diagnóstico/evaluación
- ☐ Plan de tratamiento
- ☐ Resumen de tratamiento
- ☐ Antecedentes sociales
- ☐ Otra: _____

Esta autorización se limita además de la siguiente manera: _____

RESTRICCIÓN: Entiendo que las partes en este consentimiento, no podrán utilizar o divulgar la información intercambiada a menos que se obtenga otra autorización o salvo que dicho uso o divulgación de la información sea específicamente requerido o permitido por la ley.
DURACIÓN: Este consentimiento está sujeto a su revocación por el abajo firmante en cualquier momento excepto en la medida en la que dicha acción se haya tomado siempre y cuando se cumpla lo que se estipula aquí y no antes, no se terminará sin revocación expresa en

_____

(Fecha, evento o condición)

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar o limitar el alcance de este formato de consentimiento. Leí este consentimiento cuidadosamente y me respondieron a todas mis preguntas. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formato de consentimiento.

Fecha: _____ Firma padre/tutor: _____

Fecha: _____ Firma agencia (*CFS*, etc.): _____

Fecha: _____ Firma administrador: _____ Título: _____

Desert/Mountain Children's Center

♦ 17800 Highway 18, Apple Valley, CA 92307 (760) 552-6700 (760) 946-0819 FAX

♦ 42007 Fox Farm Rd. Ste 2A ● P.O. Box 1963 ● Big Bear Lake, CA 92315 (909) 866-2165 (909) 866-5653 FAX

Lista de remisión a servicios de salud conductual Medi-Cal

Estudiantes de 1º a 12º grado

Fecha: _____

Nombre del cliente/estudiante: _____ Formato completado por: _____

Nombre maestro/a: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Los estudiantes con frecuencia presentan comportamientos o cambios de comportamiento que causan preocupación entre el personal de la escuela. Esta lista se puede utilizar como una guía para ayudar a determinar si una remisión de salud conductual es apropiada para un estudiante y su familia. Si los indicadores de esta lista persisten siguiendo las intervenciones estándar iniciadas por la maestra y basadas en la escuela, se debe considerar una remisión para los servicios de salud conductual.

Indicadores académicos

- ☐ Rendirse fácilmente
- ☐ Trabajo incompleto
- ☐ Poco esfuerzo
- ☐ Poca motivación
- ☐ Coordinación motora por debajo de otros niños de su edad
- ☐ Deterioro en el rendimiento académico

Indicadores conductuales

- ☐ Lenguaje abusivo
- ☐ Ausencias o llegadas tarde
- ☐ Polémico/desafiante
- ☐ Busca la atención
- ☐ Hace trampa
- ☐ Payaso de la clase
- ☐ Se sale constantemente del salón
- ☐ Destruye la propiedad
- ☐ Deshonesto
- ☐ Amenaza (dar detalles): _____
- ☐ Hiperactividad
- ☐ En libertad condicional
- ☐ Roba
- ☐ Es perturbador
- ☐ Demostración inapropiada de afecto con compañeros/maestros: _____

Indicadores emocionales

- ☐ Accidentes de la vejiga o intestinos
- ☐ Defensivo
- ☐ Se duerme
- ☐ Histeria (llanto excesivo)
- ☐ Irritable
- ☐ Aislado de los compañeros/blanco de burlas
- ☐ Letárgico
- ☐ Cambia de humor
- ☐ Demasiado responsable
- ☐ Paranoico (se siente molesto, observado, etc.)
- ☐ Se ríe incontrolable o excesivamente
- ☐ Retraído

Indicadores familiares/ambientales

- ☐ Participación *CPS*
- ☐ Abuso mental
- ☐ Antecedentes o reciente mudanza de casa
- ☐ Otros hermanos presentan problemas
- ☐ Habla con rabia de sus padres
- ☐ Otras dificultades en la familia (financieras, de salud, de separación)
- ☐ Otros comportamientos problemáticos reportados por los padres
- ☐ Abuso de sustancias por parte de los padres y/o personas significativas
- ☐ Sufrió pérdida reciente (mudanza, divorcio, muerte, etc.)

Por favor describa los comportamientos y actitudes que están causando la preocupación

_____

_____

¿Qué le gustaría que cambiara? ¿Qué objetivos le gustaría alcanzar?

_____

_____

¿Es consciente de cualquier antecedente de abuso pasado, violencia familiar, divorcio u otro trauma?

_____

_____

Medidas adoptadas previamente: _____

_____

Otra información que es posible que necesitemos conocer:

_____

_____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL CLIENTE

Ver código Bienestar e instituciones sección 5328, 10850 y 18968.46; Secciones código civil 56; 42 CFR 2.31, 2.33, y 2.35; Sección código educación 49075; Sección código evidencia 900 - 1070 y sección código salud y seguridad 123100.