



FORMULARIO DE REMISIÓN

DATOS DEL CLIENTE

Fecha de remisión _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre del niño/joven _____ Género masculino femenino
Raza americano nativo asiático birracial afroamericano hispano/latino hawaiano
 blanco otro
Origen étnico centroamericano cubano dominicano mexicano, mexicano americano o chicano
 n/c (no hispano) puertorriqueño sudamericano otro origen hispano
Religión religión _____ confesión (si se la conoce) _____
 aconfesional desconocida ninguna
Idioma hablado _____
Nombre(s) de los padres/del tutor _____
Relación con el niño/joven _____ Idioma hablado _____
Domicilio _____ Código postal _____
Teléfono del domicilio _____ Tel. del trabajo _____ Otro tel. _____
Condado _____ E-mail de los padres _____

DATOS DE LA REMISIÓN

Fuente/agencia de remisión _____
Nombre del profesional de remisión _____ Tel. de contacto _____
Resumen del motivo de la remisión/ conductas preocupantes: _____

¿El niño/joven corre el riesgo de que lo saquen del entorno educativo o de cuidado de niños preferido?
 Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
¿El niño/joven corre el riesgo de que se modifique su situación habitacional preferida? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
¿El niño/joven tiene algún problema o limitación física? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____

¿El niño tiene alguna necesidad especial o algún retraso? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

Mencione las fortalezas del niño y la familia: _____

¿Qué tipo de ayuda necesita su familia? (hable en nombre de la familia) _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL HOGAR

Ingresos de la familia: mensuales _____ o anuales _____ Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)

Asistencia temporaria para familias necesitadas (TANF) Pensión alimentaria para hijos

Seguro del niño/joven: Medicaid (Tipo: HMO Tradicional), CHIP, MAP,

Seguro privado: _____, Ninguno

Situación habitacional del niño/joven: hogar adoptivo padre biológico madre biológica campamento o centro residencial para el tratamiento de la drogadicción o el alcoholismo refugio de emergencia cuidado tutelar hogar grupal hogar de un amigo hogar de un familiar independiente/vive solo independiente /vive con un amigo/la pareja hogar individual, refugio de emergencia centro de cuidados intermedios para individuos son retraso mental cárcel/prisión centro de detención juvenil vive con un familiar que no es ninguno de sus padres hospital psiquiátrico centro residencial de tratamiento ambos padres/cuidadores

Miembros del hogar:

Padre/cuidador:

Nombre _____ Relación con el niño/joven _____

Nombre _____ Relación con el niño/joven _____

Estado civil de los padres _____

Si uno de los padres no vive en el hogar, indique cuál:

Nombre _____ Relación con el niño/joven _____

Nombre _____ Relación con el niño/joven _____

Indique qué hermanos viven en el hogar:

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

Indique qué hermanos viven fuera del hogar:

Nombre _____ Edad _____ viven en _____

Nombre _____ Edad _____ viven en _____

Nombre _____ Edad _____ viven en _____

Otros miembros del hogar:

Nombre _____ Relación con el niño/joven _____

Nombre _____ Relación con el niño/joven _____

ESTADO DE SALUD MENTAL

Diagnóstico actual: DSM V (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales V)

Fecha de la evaluación _____ Diagnosticador _____ (adjuntar evaluación)

Código _____ Diagnóstico _____

Diagnóstico anterior o del DSM IV (si corresponde):

Fecha de la evaluación _____ Diagnosticador _____ (adjuntar evaluación)

Eje I Código _____ Diagnóstico _____

Código _____ Diagnóstico _____

Código _____ Diagnóstico _____

Eje II Código _____ Diagnóstico _____

Eje III Código _____ Diagnóstico _____

Eje IV Código _____ Diagnóstico _____

Eje V Código _____ Diagnóstico _____

Medicamento prescrito actual	Dosis	Año/fecha de prescripción	Médico que lo prescribió
Medicamento prescrito anterior	Dosis	Año/fecha de prescripción	Médico que lo prescribió

¿Al niño/joven le diagnosticaron una discapacidad del desarrollo? Sí No

DATOS DE EDUCACIÓN

Nombre de la escuela a la que asiste el niño/joven _____ Grado _____

Nombre del distrito escolar _____ N.º de identificación de la escuela _____

Nombre del contacto de la escuela _____ Datos de contacto _____

Educación especial: Sí No Remitido Adaptaciones de 504 _____

Discapacidad: trastorno emocional discapacidad de aprendizaje otro problema de salud otra _____

Servicios prestados por educación especial: Sí No Fecha del la última ARD: _____

Si el niño/joven no tuvo una reunión de ARD, ¿se completó el programa LST? Sí No

Estado del niño/joven en el aula: aula independiente inclusión clases de recursos

¿Suspendieron al niño/joven? Sí No

¿Lo colocaron en un programa alternativo? Sí No Nombre: _____

Servicios provistos por la escuela: terapia ocupacional fisioterapia terapia del habla tecnología asistida servicios de ayuda personalizados especialista en conducta orientación especialista en autismo asistencia para la vida comunitaria consejería de educación especial

otro _____

INTERVENCIÓN DE AGENCIAS

Enumere *TODAS* las intervenciones, *PASADAS Y PRESENTES*, de las siguientes agencias:

Intervenciones de la justicia juvenil (pasadas y presentes) Sí No PID # _____

Persona de contacto más reciente/número de teléfono: _____

Fecha de la disposición: _____ Fecha de vencimiento: _____

Estado en los tribunales: proceso judicial pendiente juicio aplazado libertad a prueba

libertad condicional C.O.P.E. otro _____

Próxima fecha de comparecencia ante los tribunales: _____

Antecedentes con la agencia (indique el motivo actual y anterior de la remisión, además de las fechas y los resultados): _____

Intervenciones de los Servicios de Protección Infantil (pasadas y presentes) Sí No

Fecha de remisión más reciente: _____ Persona de contacto más reciente/número de tel.: _____

Antecedentes con la agencia (indique el motivo actual y anterior de la remisión, además de las fechas y los resultados): _____

Intervenciones de Cuidado Integral del Condado de Travis en Austin (ATCIC) (pasadas y presentes) Sí No

Fecha de inscripción: _____ Persona de contacto más reciente/número de tel.: _____

Servicios prestados: terapia psiquiatría/medicamentos TACOMI manejo de casos Programa para la Preservación de la Familia (FPP)

Programas de los Servicios Humanos y de Salud del Condado de Travis (anteriores y presentes) Sí No

Familias saludables Children F.I.R.S.T. TRIAD YFAC/CIS servicios de emergencia (alimentos, asistencia para la renta) servicios para sordos conferencias vecinales centro comunitario:

Otros programas o agencias de orientación/psiquiatría (pasados y presentes) Sí No

En caso afirmativo, enumere las agencias e indique las fechas de las intervenciones: _____

Enumere todos los recursos comunitarios que la familia haya utilizado. Indique las fechas de las intervenciones. (ejemplos: religiosos, programas recreativos, grupos de apoyo, mentores, entrenadores, sin fines de lucro, etc.)

HISTORIAL DE COLOCACIÓN DEL NIÑO/JOVEN

Colocaciones residenciales/hospitalizaciones

1. Institución _____ Fecha de ingreso _____ Fecha de alta _____
 Motivo del ingreso _____

Estado de alta: exitoso sin éxito limitaciones financieras otro _____

2. Institución _____ Fecha de ingreso _____ Fecha de alta _____
 Motivo del ingreso _____

Estado de alta: exitoso sin éxito limitaciones financieras otro _____

3. Institución _____ Fecha de ingreso _____ Fecha de alta _____
 Motivo del ingreso _____

Estado de alta: exitoso sin éxito limitaciones financieras otro _____

4. Institución _____ Fecha de ingreso _____ Fecha de alta _____
 Motivo del ingreso _____

Estado de alta: exitoso sin éxito limitaciones financieras otro _____

Otro (por ej., ICFMR, colocación sin fines de lucro, colocación con un familiar, refugio):

1. Nombre de la agencia/persona _____ fecha de inicio _____ fecha de alta _____
 Tipo de servicio _____ resultados _____

2. Nombre de la agencia/persona _____ fecha de inicio _____ fecha de alta _____
 Tipo de servicio _____ resultados _____

3. Nombre de la agencia/persona _____ fecha de inicio _____ fecha de alta _____
 Tipo de servicio _____ resultados _____

4. Nombre de la agencia/persona _____ fecha de inicio _____ fecha de alta _____
 Tipo de servicio _____ resultados _____