



Formulario de remisión del CRCG-CPC

Muchas gracias por asociarse con nosotros para apoyar a los niños y a las familias en el Condado de Travis. Use la discusión con la familia, las evaluaciones recabadas, los registros de tratamientos y los contactos con los proveedores actuales del niño para responder todas las preguntas. Cuantos más detalles tengamos mayor será la probabilidad de ser capaces de identificar los programas y servicios disponibles.

Información del niño/joven y la familia

Fecha: _____

Nombre del niño/joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

Datos de referencia

Fuente/agencia que refirió _____

Persona que completa el formulario:

Información de contacto (No. teléfono/Correo electrónico: _____

Razón por la recomendación a la junta de CRCG - Resumen y conducta que preocupa e historial de eventos:

Cualidades del niño y la familia:

¿Qué servicios y apoyos beneficiarían al niño y a la familia? _____

Detalles de las necesidades complejas del niño

(salud mental, necesidades intelectuales/de desarrollo y/o médicas)

Historial de diagnósticos documentados (requeridos para determinar la elegibilidad para la mayoría de los servicios)

Solo mencionar los diagnósticos documentados y adjuntar una copia de las evaluaciones y/o los documentos

Diagnósticos actuales	Evaluador	Fecha de la evaluación

Diagnósticos pasados (descartados o que ya no se consideran válidos)

Diagnósticos pasados	Cantidad	Prescrito año/fecha

Historial de medicamentos

Medicamentos recetados actualmente	Dosis	Prescrito año/fecha	Médico que receto

Medicamentos recetados en el pasado	Finalizado año/fecha	Médico que receto	Razón de la interrupción

Participación de agencia y tratamiento

Participación de Integral Care (Cuidado integral) (pasado y presente): ☐ Sí ☐ No

- ☐ **PES: Clínica de Servicios Psiquiátricos de Emergencia** ☐ **MCOT: Equipo de extensión ante crisis móvil**

Fecha(s) de los servicios y resultados: _____

- ☐ **Servicios del niño y la familia (salud conductual):**

Persona de contacto (correo electrónico/No. teléfono): _____

Fecha de inscripción: _____ Nivel de cuidado actual: _____

Servicios provistos: ☐ Terapia (☐ en la Clínica o ☐ en la Escuela) ☐ Psiquiátricos/MEDS ☐ Exención YES

Historial c/Servicios del niño y la familia (Indique participación actual y anterior c/fechas y resultados):

Y/O

- ☐ **Discapacidades intelectuales y de desarrollo:**

Persona de contacto (correo electrónico/No. teléfono): _____

Fecha de inscripción: _____ Nivel de cuidado actual: _____ DID Completada: _____

Servicios provistos: ☐ Ingresos generales ☐ Servicios en el hogar y en la comunidad (HCS) ☐ Servicios de crisis

☐ Otro: _____

Historial c/Servicios de IDD (Indique servicios actuales y anteriores c/fechas y resultados):

Otro tratamiento y terapia de consejería/salud conductual (Pasada y presente):

☐ Sí ☐ No - Si es afirmativo, indique la(s) agencia(s) c/ fechas de participación, servicios, e información de contacto actual:

Otros tratamientos, terapias y apoyos del desarrollo (Pasados y presentes): ☐ Sí ☐ No

Si es afirmativo, indique la(s) agencia(s) c/ fechas de participación e información de contacto actual:

Historial de tratamiento intensivo y fuera del hogar

Centro(s) de tratamiento residencial, hospitalización(es), PHP y IOP - *adjuntar los documentos del alta*

1. Instalación: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de finalización: _____

Razón para la admisión: _____

Detalles y plan del alta: _____

2. Instalación: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de finalización: _____

Razón para la admisión: _____

Detalles y plan del alta: _____

3. Instalación: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de finalización: _____

Razón para la admisión: _____

Detalles y plan del alta: _____

4. Instalación: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de finalización: _____

Razón para la admisión: _____

Detalles y plan del alta: _____

5. Instalación: _____ Fecha de admisión: _____ Fecha de finalización: _____

Razón para la admisión: _____

Detalles y plan del alta: _____

Información de la escuela

Resumen de las necesidades, comportamientos y desafíos relacionados con la escuela: _____

Distrito escolar al que asiste el niño/joven: _____ Grado: _____

Nombre de la escuela: _____

Persona de contacto en la escuela (correo electrónico/No. teléfono): _____

Si el niño no está asistiendo a un plantel base que esté asignado para la residencia del niño, ¿la asignación está relacionada con alguna de las siguientes razones?: ☐Disciplina ☐Servicios Especializados para

Educación Especial ☐Familia solicitó la transferencia ☐Otra: _____

¿Alguna vez el niño/joven ha sido suspendido o atendido en el Campus de Disciplina Alternativa de su distrito?

☐Sí ☐No. Detalles:(fechas, razón, etc.) _____

¿Recibe el niño algún servicio adicional en la escuela? (elija solo uno):

☐Sin servicios adicionales ☐Educación especial ☐Adaptaciones de la sección 504 ☐Remitido a Educación especial ☐Solicitud pendiente para Adaptaciones de la sección 504

Detalles de las Adaptaciones de la sección 504 (si corresponde): _____

Detalles de los Servicios de Educación especial (si corresponde):

Clasificación(es) de la Educación especial (elija todas las que correspondan):

☐AU (Autismo) ☐ID (Discapacidad intelectual) ☐MD (Discapacidades múltiples)

☐ED (Trastorno emocional) ☐LD (Discapacidad de aprendizaje) ☐SI (Trastornos del habla)

☐OHI (Otros Impedimentos de salud): _____

☐Otra: _____

Fecha del último ARD: _____ (o el próximo ARD programado: _____)

Evaluaciones completadas:

☐Evaluación Individual Completa (FIE) (Completada fecha: _____)

☐Plan de Intervención del Comportamiento (BIP) ☐Evaluación Funcional del Comportamiento (FBA)

Estado del salón de clases del niño/joven: ☐Autónoma ☐Inclusión ☐Clases de recursos

Servicios provistos por la escuela: ☐Terapia ocupacional ☐Terapia física ☐Terapia del habla ☐Tecnología asistida ☐Servicios de ayuda 1:1 ☐Especialista del comportamiento ☐Consejería de Ed. especial ☐Año escolar extendido

☐Otro: _____

Participación de sistemas/agencias adicionales

Indique TODAS las participaciones PASADAS y PRESENTES con los sistemas y/o agencias a continuación:

Participación de las fuerzas del orden público (pasado y presente): ☐ Sí ☐ No

☐ Justicia juvenil ☐ Servicios del Tribunal Penal para Adultos

☐ Contacto con las fuerzas del orden público (sin cargos presentados)

Persona de contacto más reciente (correo electrónico/No. teléfono): _____

Fecha de el/lo(s) delito(s): _____

Fecha de la próxima o más reciente cita del Tribunal: _____ Fecha de expiración: _____

Estado del Tribunal (indique todas las que correspondan): ☐ Tribunal pendiente ☐ Procesamiento diferido ☐ Libertad a prueba ☐ Libertad condicional(parole)

Evaluaciones: ☐ Evaluación de salud mental ☐ Evaluación Psicológica (Completada fecha: _____)

Servicios de Justicia juvenil del Co. de Travis: ☐ C.O.P.E. ☐ S.N.D.P. ☐ TCOOMMI ☐ Terapia Familiar Funcional

Historial y Eventos que involucren la intervención policial (indique fechas y resultados) y/o Preocupaciones:

Dpto. de Servicios para la Familia y de Protección - (Pasados y presentes): ☐ Sí ☐ No

☐ Servicios de Protección al Menor (CPS) ☐ Servicios de Protección al Adulto

Fecha y Estado de remisión más reciente: _____

Persona de contacto (correo electrónico/No. teléfono): _____

Historial con agencia (fechas y resultados):

Programas y Asociaciones de Salud y Servicios humanos del Co. de Travis (Pasadas y presentes): ☐ Sí ☐ No

☐ Centro comunitario (ubicación): _____

☐ Servicios de emergencia (Asis. con alimentos, renta) ☐ Servicios para sordos ☐ Healthy Families

☐ Family First ☐ Coordinación de Servicios de Comunidades en a las Escuelas-YFAC ☐ Reunión de CRCG ☐ Reintegración de CPS ☐ Coordinación de The Children's Partnership/Bridge

Indique TODOS los Recursos y Actividades comunitarias en las que ha participado esta familia con fechas de participación: (Ejemplos: Grupos sociales, Actividades basadas en la fe, Programas de recreación, Mentores, Entrenadores, Actividades sin fines de lucro, etc.)

Información de asignación fuera del hogar adicional

Otro (es decir, hogar de acogida, asignación sin fines de lucro, asignación relativa, refugio):

1. Nombre de la Agencia/Persona: _____ Fecha de comienzo: ____ Fecha de finalización: ____
Tipo de servicio: _____
Resultado: _____
2. Nombre de la Agencia/Persona: _____ Fecha de comienzo: ____ Fecha de finalización: ____
Tipo de servicio: _____
Resultado: _____
3. Nombre de la Agencia/Persona: _____ Fecha de comienzo: ____ Fecha de finalización: ____
Tipo de servicio: _____
Resultado: _____
4. Nombre de la Agencia/Persona: _____ Fecha de comienzo: ____ Fecha de finalización: ____
Tipo de servicio: _____
Resultado: _____

Recuerde hacer que el niño o joven que se está refiriendo complete el

Formulario de interés del niño/joven