



# FORMULARIO DE REMISIÓN

## Datos del Cliente (completar con la familia)

Fecha de remisión: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Raza: (marque todos los correspondan)  Indios Americanos o Nativos de Alaska  Asiático  
 Afroamericano  Nativos de Hawái o de Otras Islas del Pacifico  Blanco  
 Otros: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/ No Latino

Religión: \_\_\_\_\_  Confesión: \_\_\_\_\_

Idioma hablado: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los padres/del tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/joven: \_\_\_\_\_ Idioma hablado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad y código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal #: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico de los padres: \_\_\_\_\_

## Datos de la Remisión

Fuente/agencia de remisión: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional que realiza la remisión: \_\_\_\_\_ Teléfono 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 ser removido del hogar preferido?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿El niño/joven tiene alguna dificultad 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? (Hablar en nombre de la familia.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Datos Demográficos del Hogar

**Ingresos de la familia:** Mensuales: \_\_\_\_\_ o Anuales: \_\_\_\_\_

Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI): \_\_\_\_\_  Pensión alimentaria para hijos: \_\_\_\_\_

Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF): \_\_\_\_\_

**Seguro del niño/joven:**  Medicaid (proveedor de Medicaid): \_\_\_\_\_

CHIP  MAP  Seguro privado: \_\_\_\_\_  Ninguno

**Situación habitacional del niño/joven (Marcar todas las opciones que correspondan.):**  Hogar Adoptivo  Padre Biológico  Madre Biológica  Padres Biológicos  Centro de Tratamiento de Drogadicción o de Alcoholismo  Refugio de Emergencia  Cuidado Tutelar  Hogar Grupal  Casa de un Amigo  Casa de un Familiar  Independiente/Vive Solo  Independiente/Vive con un Amigo o la Pareja  Hogar Individual, Refugio de Emergencia  Centro de Cuidados Intermedios Para Individuos Con Discapacidad 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/cuidadores: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/joven: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/joven: \_\_\_\_\_

**Indicar los hermanos que viven en el hogar:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Indicar los hermanos que viven fuera del hogar:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Vive en: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Vive en: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Vive en: \_\_\_\_\_

**Otros miembros del hogar:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/joven: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/joven: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/joven: \_\_\_\_\_

**Estado de Salud Mental**

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

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ (Adjuntar evaluación)

Código \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Diagnóstico anterior o del DSM IV (si corresponde):**

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_ Evaluador: \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_

¿Su hijo / joven ha sido diagnosticado con una discapacidad del desarrollo:  Sí  No

Medicamento prescrito actualmente	Dosis	Año/fecha de prescripción	Médico que lo prescribe

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

### Datos Sobre Educación

Distrito escolar al que asiste el niño/joven: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre y otros datos del contacto de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Han suspendido al niño/joven?  Sí  No

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

Educación especial:  Sí  No  Remitido  Adaptaciones de 504: \_\_\_\_\_

Clasificación:  trastorno emocional  discapacidad del aprendizaje  otro problema de salud  
 otro: \_\_\_\_\_

Servicios prestados por Educación Especial:  Sí  No

Fecha de la última reunión de ARD (Admisión, Revisión y Retiro): \_\_\_\_\_

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

Servicios provistos por la escuela:  terapia ocupacional  fisioterapia  terapia del habla  tecnología asistida  servicios de ayuda personalizados  especialista en conducta  servicios de orientación de educación especial  SCORES  otro: \_\_\_\_\_

### Intervención de agencias

Indicar **TODAS** las intervenciones, PASADAS Y ACTUALES, de las siguientes agencias:

**Intervenciones de la Justicia Juvenil (pasadas y actuales)**  Sí  No

Persona de contacto más reciente/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del fallo: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Próxima fecha de comparecencia ante los tribunales: \_\_\_\_\_

Estado en los tribunales:  proceso judicial pendiente  juicio aplazado  libertad a prueba  libertad condicional  C.O.P.E.  S.N.D.P.  Otro: \_\_\_\_\_

Antecedentes con la agencia (Indicar el motivo actual y anterior de la remisión, además de las fechas y los resultados.): \_\_\_\_\_

**Intervenciones del Departamento de la Familia y los Servicios de Protección (pasadas y actuales)**

Sí  No

Fecha de la remisión más reciente: \_\_\_\_\_

Persona de contacto más reciente/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Antecedentes con la agencia (Indicar el motivo actual y anterior de la remisión, además de las fechas y los resultados.): \_\_\_\_\_

**Intervenciones de Integral Care (pasadas y actuales)**  Sí  No

•  **Servicios para el Niño y la Familia:**

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Nivel de cuidado actual: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios prestados:  terapia  con base en la escuela  psiquiatría/medicamentos  Programa de Excepción YES  TACOOMMI  manejo de casos  FPP (Programa para la Preservación de la Familia)  Otro: \_\_\_\_\_

**y/o**

•  **Discapacidades Intelectuales Y del Desarrollo:** Fecha de inscripción/admisión: \_\_\_\_\_

Persona de contacto/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nivel de Necesidad de ICAP: \_\_\_\_\_

Servicios Prestados:  Coordinación de Servicios  Terapia Conductual  Community First Choice  Texas Home Living  PACE  CIS (Servicios de Intervención de Crisis)  CBS (Servicios Basados en la Comunidad)  Cuidados Temporarios  Otro: \_\_\_\_\_

Antecedentes con la agencia (Indicar las intervenciones actuales y pasadas, además de las fechas y los resultados.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Intervenciones de los Programas de Salud y Servicios Humanos del Condado de Travis (pasadas y actuales)**  Sí  No

Servicios de Emergencia (asistencia para alimentos y renta)  Servicios Para Sordos  Conferencias Vecinales  Centro comunitario (Indicar lugar.): \_\_\_\_\_

Familias Saludables  Children F.I.R.S.T.  YFAC/CIS  CPC Encuentro  TRIAD  The Children's Partnership/Bridge Coordination  Proyecto de Reintegración de los Servicios de Protección Infantil (CPS)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Intervenciones de otros programas u otras agencias de orientación/psiquiatría (pasadas y actuales)**

Sí  No

En caso afirmativo, indicar las agencias y las fechas de las intervenciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indicar TODOS los recursos comunitarios que ha utilizado la familia y 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:** (Incluir el Programa de Salud para Médicos (PHP) y el Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios (IOP).)

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 ejemplo, cuidado tutelar, colocación sin fines de lucro, colocación con un familiar, refugio.):**

1. Nombre de la agencia/persona: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
Tipo de servicio: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

2. Nombre de la agencia/persona: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
Tipo de servicio: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

3. Nombre de la agencia/persona: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
Tipo de servicio: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

4. Nombre de la agencia/persona: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
Tipo de servicio: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

**Recuerde que debe remitir al niño o joven para que complete el  
Formulario de interés del(la) Niño(a)/Joven**