



Formulario de derivación para la coordinación de cuidados intensivos

(Un programa basado en la comunidad)
Envíe la derivación por fax al 855-277-4228

Información sobre la fuente de derivación	Fecha de la derivación:
Nombre del contacto:	
Agencia/Relación:	
Números de teléfono:	
Correo electrónico:	

Información sobre el niño	
Nombre del niño (Nombre, segundo nombre, apellido):	
Otros nombres (si aplica):	
Compañía de seguro médico:	Número de seguro:
LINK Número de identificación de la persona (si aplica):	
Estado del DCF: <input type="checkbox"/> Bienestar infantil en el hogar <input type="checkbox"/> Comprometido fuera de casa <input type="checkbox"/> Servicios voluntarios <input type="checkbox"/> Menores Justicia <input type="checkbox"/> Doblemente comprometido <input type="checkbox"/> Familia con necesidades de servicio	
Dirección: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
_____ País: _____ Fecha de nacimiento: _____	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> de Guam o Chamorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otras razas	
Idioma principal: _____	
¿Se ha informado al joven de esta derivación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Situación de vida actual (Elija una) : <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Residencia de grupo <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____	
Nombre del centro, si aplica: _____ Número de teléfono: _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
Contacto del centro: _____ Número de teléfono: _____	
Fecha de admisión en el centro: _____ *Fecha prevista del alta: _____	

**La mejor práctica para las derivaciones es dentro de los 30 días siguientes a la "Fecha prevista del alta" del centro.*

Información del padre/tutor legal	
Nombre del Padre/Tutor legal:	
Otros nombres (si aplica):	
Compañía de seguro médico:	Número de seguro:
Relación con el niño:	LINK Número de identificación de la persona (si aplica):
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: __ _____ País: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> de Guam o Chamorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otras razas	
Idioma principal: _____	
¿Se ha informado al padre/tutor de esta derivación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Motivo para la derivación (Por favor incluya cualquier material adicional que ayude a proporcionar una historia completa del joven y su familia, por ejemplo CANS, Plan de Caso, Planes de Tratamiento...etc.):

Proveedores actuales implicados con la familia (enumere a continuación las derivaciones efectuadas):

Nombre	Función	Agencia	Números de contacto

Lista de derivaciones realizadas: