



Formulário de encaminhamento para coordenação de cuidados intensivos

(Um programa baseado na comunidade)

Envie o encaminhamento por fax para 855-277-4228

Informações da fonte encaminhadora	Data do encaminhamento:
Nome do contato:	
Agência/Relacionamento:	
Números de telefone:	
E-mail:	

Informações sobre a criança	
Nome da criança (nome e sobrenome):	
Outros nomes (se aplicável):	
Operadora do plano de saúde:	Número do seguro:
Código de ID do responsável LINK (se aplicável):	
Status do (DCF): <input type="checkbox"/> Em assistência infantil domiciliar <input type="checkbox"/> Custódia fora do ambiente domiciliar <input type="checkbox"/> Serviços voluntários <input type="checkbox"/> Justiça juvenil <input type="checkbox"/> Dupla custódia <input type="checkbox"/> Família com necessidade de serviços	
Endereço: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
País: _____ Data de nascimento: _____	
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro	
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra ou Afro-americana <input type="checkbox"/> Ameríndia ou Nativa do Alaska <input type="checkbox"/> Asiática Indiana <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana <input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Guamaniana ou Chamorra <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Outra de origem asiática <input type="checkbox"/> Outra do ilhéu do pacífico <input type="checkbox"/> Outra etnia	
Idioma principal: _____	
A criança/jovem foi informada sobre esse encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Situação de vida atual (selecione uma opção): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Lar adotivo <input type="checkbox"/> Lar em grupo <input type="checkbox"/> Instituição residencial <input type="checkbox"/> Outro (especifique) : _____	
Nome da instituição, se aplicável: _____ Telefone: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
Contato na instituição: _____ Telefone: _____	
Data de admissão na instituição: _____ *Data prevista de alta/saída: _____	

**A prática recomendada para encaminhamentos é no prazo de 30 dias após a "Data prevista de alta/saída" da instituição.*

Informações do pai, mãe ou tutor legal	
Nome dos pais/responsáveis legais:	
Outros nomes (se aplicável):	
Operadora do plano de saúde:	Número do seguro:
Relação com a criança:	Código de ID do responsável LINK (se aplicável):
Endereço: _____	
Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
País: _____ Telefone residencial: _____	
Telefone do trabalho: _____	
Data de nascimento: _____	
Etnia: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra ou Afro-americana <input type="checkbox"/> Ameríndia ou Nativa do Alaska <input type="checkbox"/> Asiática Indiana <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Nativa Havaiana <input type="checkbox"/> Chinesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Guamaniana ou Chamorra <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Outra de origem asiática <input type="checkbox"/> Outra do ilhéu do pacífico <input type="checkbox"/> Outra etnia	
Idioma principal: _____	
Os pais/responsável legal foram informados sobre esse encaminhamento?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Motivo do encaminhamento (inclua quaisquer informações ou materiais adicionais que ajudem a fornecer uma história abrangente do jovem e da família, ou seja, avaliação de necessidades e forças da criança e adolescente, plano de caso, planos de tratamento, etc.):

Os provedores atualmente envolvidos com a família (liste abaixo todos os encaminhamentos realizados):

Nome	Cargo	Agência	Contato

Lista de encaminhamentos: