

# Formulario de derivación al Programa comunitario Pathway

Sírvase enviar la derivación por fax al 860-707-1003 o por correo electrónico a [cpathways@carelon.com](mailto:cpathways@carelon.com)

Información sobre las derivaciones					
*Nota: Si el niño o la familia participan en el DCF, póngase en contacto con el trabajador del DCF para que le derive al programa.					
Fuente de la derivación:			Programa al que se deriva:		
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Proveedor comunitario <input type="checkbox"/> Agencia estatal <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro					
Persona de contacto de la derivación:			Fecha de la derivación:		
Relación con el niño/joven:					
Nombre de la agencia (si aplica):					
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono:			
Información demográfica del niño					
Nombre del niño (Nombre, segundo nombre, apellido):				Fecha de nacimiento:	
Otro(s) nombre(s) (si aplica(n)):					
Dirección postal:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Género:		Etnia:		Raza:	
Idioma principal (especifique):					
Compañía de seguro médico:			Identificación del seguro:		
Primario:					
Secundario:					
Nombre de la escuela:			Grado actual:		Educación especial:
					<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP
Información del padre/tutor legal					
Nombre del padre/madre/tutor legal principal:		Relación con el niño:		Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor legal:	
Género:		Etnia:		Raza:	
Idioma principal (especifique):					
Dirección postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

Teléfono principal:	Dirección de correo electrónico:

**Información del padre/madre/tutor legal secundario, si aplica**

Nombre del padre/madre/tutor legal principal:	Relación con el niño:	Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor legal:

Género:	Etnia:	Raza:	Idioma principal (especifique):

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Teléfono principal:	Email Address:

**Participación en el tratamiento del niño**

¿Participación con el Departamento de Servicios de Desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Implicación legal actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

**Proveedores actuales y otros miembros del equipo para el niño**

Agencia	Persona de contacto	Función	Número de contacto

Lista de derivaciones activas ya realizadas para el niño:

--------------

**Salud conductual, salud mental e historial médico del niño/Motivo de la derivación**

<b>Historial conductual/médico</b>			Motivo de la derivación (Indique brevemente los motivos de la derivación):
<b>Salud conductual</b>	<b>Últimos 3 meses</b>	<b>Historial de</b>	
Automutilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comportamientos suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnósticos actuales del niño:
Comportamientos agresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportamientos amenazadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Daños a la propiedad (propia/ ajena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Miedo/ansiedad excesivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consumo de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportamientos de huida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terrores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orinarse en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manchas fecales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexualmente reactivo u ofensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incendios provocados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herir a los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Salud médica</b>			Historial de tratamiento (Por favor identifique cualquier tratamiento anterior que haya tenido el joven, así como el resultado del mismo):
Problemas médicos importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesiones cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Otro</b>			
Evasión de la escuela/Ausentismo escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraso en el desarrollo (CI<70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Implicación legal</b>			
Cualquier arresto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Robar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	