

Solicitud de Servicios – Niño/ Niña

EL DÍA DE HOY: _____

FORMULARIO COMPLETADO POR : _____

RELACIÓN CON EL NIÑO : _____

EL NIÑO/ NIÑA NOMBRE LEGAL : _____

ÚLTIMO PRIMERO SEGUNDO NOMBRE

SEXO : HEMBRA MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: _____ EDAD: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN (CIUDAD / ESTADO / ZIP) : _____

Información de la familia

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL : _____

TELÉFONO : _____

DIRECCIÓN (CIUDAD / ESTADO / ZIP) : _____

La misma dirección indicada para el niño **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

RELACIÓN CON EL NIÑO : Madre biológica Biológico al padre Padrastro Tutor legal

Otro : _____

¿Con quién vive el niño? Padres biológicos) Padres adoptivos Los padres de crianza

Guardián legal Otro _____

¿Quién tiene la custodia legal de este niño?

** Si el niño vive con alguien que no sea un padre biológico o uno de los padres está divorciado, se requiere la documentación de la custodia legal antes o en el momento de la admisión.*

¿DHS o OJA están actualmente involucrados con su hijo ? Sí No

CLIENT NAME: _____

CHART #: _____

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA : _____

TELÉFONO : _____

RELACIÓN CON EL NIÑO : Madre biológica Padre biológico Padrastro Guardián legal
Otro: _____

¿Ha servido algún miembro de su familia en el ejército? Sí No

Razón para buscar servicios

POR FAVOR, DESCRIBA PROBLEMAS O PREOCUPACIONES RELACIONADAS CON LA BUSQUEDA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ESTE NIÑO :

¿ESTÁ PREOCUPADO POR LA SEGURIDAD DE ESTE NIÑO (declaraciones o sospechas de daño a sí mismo oa los demás)? Sí No

SI ES SÍ, DESCRIBA:

¿ESTE NIÑO SIEMPRE ADMITIDO EN UNA INSTALACIÓN DE UNIDAD PARA PACIENTES O CRISIS?

Sí No

SI ES SÍ, CUÁNDO Y DONDE :

Que se refieren R ED niño a los servicios de roca roja? _____

SERVICIOS INTERESADOS PARA NIÑOS (marque todas las que correspondan):

Terapia / Consejería Sistemas de Cuidado (SOC) / Envolverte Gestion de casos
Clínica de medicación IPIC

No estoy seguro, me gustaría obtener más información sobre los servicios en Red Rock .

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS

CLIENT NAME: _____

CHART #: _____

Información del hogar

INGRESO ANUAL DEL HOGAR: _____ NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____

Información del seguro

¿EL NIÑO RECIBE BENEFICIOS DE SSI / SSDI? Sí No

¿ES ¿EL NIÑO TIENE SEGURO DE SALUD? Sí No

SI ES SÍ, PROPORCIONE EL NOMBRE DEL SEGURO : _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

Demografía

RAZA DEL NIÑO (VERIFICAR TODOS LOS QUE APLICAN):

- INDIO AMERICANO o NATIVO ALASKANO NEGRO / AFRICANO AMERICANO
- NATIVO HAWAIANO / ISLA PACÍFICO BLANCO / CAUCÁSICO

Etnicidad infantil ORIGEN HISPANO NO DE ORIGEN HISPANO

IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS OTRO (S) _____

Uso de sustancias

¿EL NIÑO UTILIZA PRODUCTOS DE TABACO? Sí No

SI SI, ¿CUÁNTOS POR DÍA? _____

¿EL NIÑO UTILIZA ALCOHOL U OTRAS DROGAS? Sí No

SI SI, QUÉ SUSTANCIA? _____

¿Y con qué frecuencia? _____

Medicamentos

¿EL NIÑO TOMA MEDICAMENTOS? Sí No

SI SI, COMPLETO ABAJO RELACIONADO A MEDICAMENTOS LA LISTA DE MEDICAMENTOS QUE EL NIÑO ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE (INCLUYA LA CANTIDAD / DOSIFICACIÓN Y CUÁNTA VEZ)

EL PRESCRITOR DE MEDICAMENTOS PARA NIÑOS ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

- Médico de atención primaria Psiquiatra Otro: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

AGENCIA / NOMBRE DE LA CLÍNICA : _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

Proveedor (es) externo (s)

¿ESTE NIÑO RECIBE ACTUALMENTE SERVICIOS DE SALUD MENTAL FUERA DE LA ROCA ROJA (p. Ej., Terapia, medicamentos, etc.)?

Sí No SI ES SÍ, POR FAVOR IDENTIFIQUE : TIPO DE SERVICIO _____

NOMBRE DE LA AGENCIA : _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR : _____

Información sobre Educación

ESCUELA ACTUAL DEL NIÑO: _____

NIVEL DE GRADO: _____

LISTE EL NÚMERO DE DÍAS DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES QUE EL NIÑO HA SIDO:

AUSENTE DE LA ESCUELA: _____ SUSPENDIDO DE LA ESCUELA: _____ SUSPENDIDO DE LA GUARDERÍA: _____

Apoyo escolar adicional (IEP, educación especial, etc.)

Yo y / o mi padre / tutor consiente en recibir tratamiento en Red Rock Behavioral Health Services (RR). Autorizo a RR a usar / divulgar mi información de salud para obtener el pago por los servicios recibidos. Entiendo que se me puede enviar una factura a mí o a un tercero pagador. Yo y / o mi padre / tutor legal asignamos todos los beneficios de seguro para los cuales soy elegible para RR. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sea revocado por mí y / o mis padres / tutores por escrito, o cuando todas las reclamaciones de terceros estén satisfechas. Entiendo que yo y / o mi padre / tutor legalmente somos responsables de todos los cargos. He leído, o me han leído esta información, y la comprendo.

Firma del niño mayor de 16 años.

Fecha

Firma del padre / tutor (si corresponde)

Fecha

CLIENT NAME: _____

CHART #: _____