



Recomendación de Pacientes Ambulatorios

Envíe el referencia completado a KCOutpatient@senecacenter.org
Llamé 206-490-0865 por más información

| | | | |
|---|---------------------------|---|---------------------------|
| Fecha de referencia: | | Office Only/Solo Oficina | |
| Nombre de person haciendo la referencia: | | INTAKE APPT DATE & TIME: | |
| Teléfono de referencia: | | THERAPIST ASSIGNED: | |
| Correro Electrónico de referencia: | | SCHEDULED BY: | |
| Relación a cliente: | | SCHEDULED ON: | |
| INFORMACION DEL CLIENTE | | | |
| Nombre: | | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Etnicidad: | | Lenguaje primario: | |
| Género: | | Pronomres: | |
| Primario domicilio de joven: | | | |
| Teléfono: | | Mensajes de voz bien? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | |
| Nombre de cuidador(es) primario(s)/Relación con joven: | | | |
| Teléfono: | | Mensajes de voz bien? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | |
| Correo electrónico: | | | |
| ¿Tiene seguro de salud primario? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | | | |
| Seguro primario: | | Número de póliza/ Número de miembro: | |
| Otro adultos importantes/Miembro(s) de la familia: | | | |
| Nombre: | | Relación con joven: | |
| Nombre: | | Relación con joven: | |
| RAZON DE LA RECOMENDACION | | | |
| Síntomas presentes (por favor circule todos los que aplique): | | | |
| Ideación Suicida | Estado de ánimo Deprimido | Lloroso/a | Hiperactivo/a |
| Acto Suicida | Retiro Social | Distraido Facilmente | Pobre Control de Impulos |
| Agresión Física | Agresión Verbal | Ansioso/a | Inquieto |
| Paranoia | Hipervigilante | Pensamiento Obsesivos | Comportamiento Compulsivo |
| Daño Autoinfligido | Fobias | Enuresis | Pesadillas |
| Alucinaciones | Sueño Interumpido | Daño a los Animales | Uso de Drogas |
| Ideación Homicida | Aumento/Pérdido de Peso | Pobre Habilidades Sociales | Apego Disruptivo |
| Razón para recomendación a terapia: | | | |
| | | | |
| ¿Tratamiento previo de comportamiento/salud mental? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Ha tenido algún diagnóstico previo de salud mental? | | | |
| En caso afirmativo, ¿a qué servicios accedió? ¿Qué agencia? ¿Cuál fue su resultado? ¿Cuándo fue su fecha de alta? | | | |
| | | | |
| ¿ Está tomando algún medicamento(s) el joven? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | | | |
| En caso afirmativo, ¿que tipo de medicación, cuál es la dosis y medico que lo receto? | | | |
| | | | |
| CONTACTO | | | |
| Mejor día para contactar: L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> | | Hora del Día: Mañana <input type="checkbox"/> Media Tarde <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> | |
| OFFICE ONLY/SOLO OFICINA | | | |
| ProviderOne check completed <input type="checkbox"/> | | ECLS check completed <input type="checkbox"/> | |
| When the referral is completed please pass on to assigned therapist. | | | |



| Client Contact Tracker (Office Only/Solo Oficina) | | | |
|--|---------------------|-------------------------|----------|
| Date of Contact: | Staff Reaching Out: | Contact Info Attempted: | Outcome: |
| Date of Contact: | Staff Reaching Out: | Contact Info Attempted: | Outcome: |
| Date of Contact: | Staff Reaching Out: | Contact Info Attempted: | Outcome: |
| | | | |
| Notes: | | | |