



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:			