



SERVICIOS INTEGRALES CON SERVICIOS INTENSIVOS (WISe)

Los servicios integrales con servicios intensivos (WISe, por sus siglas en inglés) son un servicio intensivo centrado en la familia, personalizado y basado en las fortalezas para niños y jóvenes que reúnen los requisitos para Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años en el condado de King, y jóvenes que no reúnen los requisitos para Medicaid en el condado de Pierce, fuera de Tacoma.

WISe del condado de King

KCWISe@senecacenter.org

WISe del condado de Pierce

PierceWISe@senecacenter.org

Líneas telefónicas

Principal: 206-948-0096

Gratuita: 833-522-0137

El equipo de atención de WISe incluye:

Especialista clínico de salud mental

Coordinador de la atención

Asociado familiar

Asociado del joven

Familia

Apoyo comunitario

www.senecafoa.org



SENECA

FAMILY OF AGENCIES | UNCONDITIONAL CARE



Formulario de remisión para WISE del condado de King

Comuníquese por teléfono en nuestra línea principal 206-948-0096 o en nuestra línea gratuita 833-522-0137;

Correo electrónico: KingWISE@senecacenter.org; o envíe por fax confidencial: 510-830-3596

Fecha de la remisión:		Solo para uso de la oficina	
Nombre de la persona que hace la remisión:		FECHA Y HORA DE LA CITA DE INGRESO:	
N.º de teléfono de la persona que hace la remisión:		TERAPEUTA ASIGNADO:	
Correo electrónico de la persona que hace la remisión:		PROGRAMADA POR:	
Parentesco/relación con el cliente:		PROGRAMADA EL:	
INFORMACIÓN DEL CLIENTE			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	Edad:
Origen étnico:		Idioma principal:	
Sexo:		Pronombre(s) personal(es):	
Dirección principal del niño/joven:			
Teléfono del niño/joven:		¿Mensajes de voz? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre y parentesco/relación del cuidador(es) principal(es) con el joven:			
Teléfono:		¿Mensajes de voz? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Correo electrónico:		Idioma del cuidador principal:	
¿Tiene seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Seguro médico principal:		Número de póliza/miembro:	
Otras personas adultas/familiares importantes			
Nombre:		Parentesco o relación con el niño/joven:	
Nombre:		Parentesco o relación con el niño/joven:	
MOTIVO DE LA REMISIÓN			
Síntomas de presentación (por favor, marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Ideas de suicidio	<input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido	<input type="checkbox"/> Lloroso/llora a menudo	<input type="checkbox"/> Hiperactivo
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Retraimiento social	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/> Control deficiente de los impulsos
<input type="checkbox"/> Agresión física	<input type="checkbox"/> Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Inquietud
<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Hipervigilancia	<input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos	<input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo
<input type="checkbox"/> Automutilación	<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Enuresis (mojar la cama)	<input type="checkbox"/> Pesadillas
<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Sueño alterado	<input type="checkbox"/> Hace daño a los animales	<input type="checkbox"/> Consumo de drogas
<input type="checkbox"/> Ideas de homicidio	<input type="checkbox"/> Pérdida/aumento de peso	<input type="checkbox"/> Habilidades sociales deficientes	<input type="checkbox"/> Alteración del apego
Motivos de la remisión para psicoterapia:			
¿Tratamiento previo de salud mental/conductual? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
PONERSE EN CONTACTO (Marque todo lo que corresponda)			
Mejores días para ponernos en contacto con usted: L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		Hora del día: Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/>	
DISPONIBILIDAD PARA EL INGRESO (Marque todo lo que corresponda)			
Mejores días para reunirse: L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		Hora del día: Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/>	



OFFICE ONLY	
Client has active Medicaid with qualifying benefits plan: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Eligibility check completed on:
Is client receiving MH services with another agency? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Notes:	

CLIENT CONTACT & INTAKE TACKER (OFFICE ONLY)				
Date of Contact:	Staff Reaching Out:	Intake Date Offered:	Accept <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/>	If Decline, reason why:
Date of Contact:	Staff Reaching Out:	Intake Date Offered:	Accept <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/>	If Decline, reason why:
Date of Contact:	Staff Reaching Out:	Intake Date Offered:	Accept <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/>	If Decline, reason why:
Date of Contact:	Staff Reaching Out:	Intake Date Offered:	Accept <input type="checkbox"/> Decline <input type="checkbox"/>	If Decline, reason why:
Notes:				
When the referral is completed please pass on to assigned therapist, HIS & Program Supervisor				