



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 | | | | |