



SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL

Para los jóvenes y familias locales afectados por trauma psicológico, ansiedad, depresión y otras dificultades profundas, la Clínica ambulatoria de Seneca ofrece psicoterapia individual y familiar, apoyo socioemocional intensivo y servicios en caso de crisis, así como servicios de psiquiatría.

¿Quién es elegible para recibir servicios?

Niños y jóvenes de 5 a 18 años que reúnen los requisitos para Medicaid del condado de King

¿Cuáles son las áreas de servicio de Seneca?

Principalmente el sur del condado de King, incluidos el sur de Seattle, el oeste de Seattle, White Center, Burien, Tukwila, SeaTac, Renton y Des Moines

Ubicación de la clínica

13925 Interurban Ave S
Suite 120
Tukwila, WA 98168

Remisiones/Contacto

Línea telefónica principal:
206-948-0096

Línea gratuita: 833-522-0137
KCOutpatient@senecacenter.org

www.senecafoa.org



SENECA
FAMILY OF AGENCIES | UNCONDITIONAL CARE



Formulario de remisión para pacientes ambulatorios

**Comuníquese por teléfono en nuestra línea principal 206-948-0096 o en nuestra línea gratuita 833-522-0137;
Correo electrónico: KCOutpatient@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:	
Escuela:	Lugar de preferencia: Clínica <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/>	
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"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Retraimiento social	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente
<input type="checkbox"/> Agresión física	<input type="checkbox"/> Agresión verbal	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Paranoia	<input type="checkbox"/> Hipervigilancia	<input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos
<input type="checkbox"/> Automutilación	<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Enuresis (mojar la cama)
<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Sueño alterado	<input type="checkbox"/> Hace daño a los animales
<input type="checkbox"/> Ideas de homicidio	<input type="checkbox"/> Pérdida/aumento de peso	<input type="checkbox"/> Habilidades sociales deficientes
		<input type="checkbox"/> Hiperactivo
		<input type="checkbox"/> Control deficiente de los impulsos
		<input type="checkbox"/> Inquietud
		<input type="checkbox"/> Comportamiento compulsivo
		<input type="checkbox"/> Pesadillas
		<input type="checkbox"/> Consumo de drogas
		<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				