



# 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](http://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:	<b>Solo para uso de la oficina</b>	
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:	
<b>INFORMACIÓN DEL CLIENTE</b>		
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"/>	
<b>MOTIVO DE LA REMISIÓN</b>		
<b>Síntomas de presentación (por favor, marque todo lo que corresponda):</b>		
<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"/>		
<b>PONERSE EN CONTACTO (Marque todo lo que corresponda)</b>		
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"/>	
<b>DISPONIBILIDAD PARA EL INGRESO (Marque todo lo que corresponda)</b>		
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"/>	



<b>OFFICE ONLY</b>	
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:	

<b>CLIENT CONTACT &amp; INTAKE TACKER (OFFICE ONLY)</b>				
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:				
<b>When the referral is completed please pass on to assigned therapist, HIS &amp; Program Supervisor</b>				