



# GESTIÓN TERAPÉUTICA DE CASOS (TCM)

En asociación con Pierce County Behavioral Health, el innovador programa de gestión terapéutica de casos (TCM, por sus siglas en inglés) de Seneca brinda apoyo conductual y servicios de gestión de casos a jóvenes que no reúnen los requisitos para Medicaid en el condado de Pierce. Los participantes de TCM incluyen jóvenes que no califican para los servicios integrales con servicios intensivos (WISe, por sus siglas en inglés), jóvenes que podrían estar dejando WISe o jóvenes que se beneficiarían de apoyo conductual adicional y servicios de gestión de casos.

- Servicios de salud mental ambulatorios y escolares.
- Incluye psicoterapia individual o familiar 1 vez por semana.

- Los servicios integrales con servicios intensivos (WISe) abordan las necesidades graves de salud mental y conductual de los jóvenes y sus familias.

- 
- TCM brinda apoyo conductual intensivo y gestión de casos a jóvenes y familias.
  - Los servicios pueden prestarse en la comunidad, en el hogar o en la escuela.

- La Internación a largo plazo para niños (CLIP, por sus siglas en inglés) brinda tratamiento psiquiátrico intensivo a jóvenes que no cumplen con los requisitos para un nivel más bajo de atención.

Para obtener más información o enviar una remisión a TCM, comuníquese con nosotros en:

TCMReferrals@senecacenter.org  
o por teléfono en nuestra línea principal 206-948-0096 o en nuestra línea gratuita 833-522-0137.



**Formulario de remisión para la Gestión terapéutica de casos**

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

**Correo electrónico: TCMreferrals@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:			
¿A qué escuela asiste el joven?			
¿Tiene seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Seguro médico principal:		
Otras personas adultas/familiares importantes			
Nombre:	Parentesco o relación con el niño/joven:		
Nombre:	Parentesco o relación con el niño/joven:		
<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"/> 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:			
¿Qué servicios de salud mental/conductual se han intentado anteriormente?			
<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"/>		

