



## Referencias para servicios

Información del cliente identificado:

Fecha de referencia:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre preferido:

Pronombre preferido:

Raza/Etnicidad:

Designación de género para fines de seguros médicos:

Correo electrónico:

Género identificado:

Número de teléfono:

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

Domicilio:

Escuela y grado escolar (si la referencia es para un menor):

Proveedor de seguro médico / CCO:

Número de grupo:

ID de seguro:

Número de teléfono del seguro:

---

Información del padre/tutor legal/proveedor de cuidados (si la referencia es para un menor):

Nombre:

Relación:

Fecha de nacimiento:

Nombre preferido:

Pronombre preferido:

Raza/Etnicidad:

Designación de género para fines de seguros médicos:

Correo electrónico:

Género identificado:

Número de teléfono:

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

¿Participará esta persona en los servicios?  Sí  No (Si no, pase a la siguiente sección)

Domicilio:

Proveedor de seguro médico / CCO:

Número de grupo:

ID de seguro:

Número de teléfono del seguro:

Otro padre/tutor legal/proveedor de cuidados (si la referencia es para un menor):

Nombre:

Relación:

Fecha de nacimiento:

Nombre preferido:

Pronombre preferido:

Raza/Etnicidad:

Designación de género para fines de seguros médicos:



Correo electrónico: Género identificado:  
Número de teléfono: ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No  
¿Participará esta persona en los servicios?  Sí  No (Si no, pase a la siguiente sección)  
Domicilio:  
Proveedor de seguro médico / CCO: Número de grupo:  
ID de seguro: Número de teléfono del seguro:

---

Otras personas participantes en los servicios:

Nombre: Relación: Fecha de nacimiento:  
Nombre preferido: Pronombre preferido:  
Raza/Etnicidad: Designación de género para fines de seguros médicos:  
Correo electrónico: Género identificado:  
Número de teléfono: ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No  
Domicilio:  
Proveedor de seguro médico / CCO: Número de grupo:  
ID de seguro: Número de teléfono del seguro:

Nombre: Relación: Fecha de nacimiento:  
Nombre preferido: Pronombre preferido:  
Raza/Etnicidad: Designación de género para fines de seguros médicos:  
Correo electrónico: Género identificado:  
Número de teléfono: ¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No  
Domicilio:  
Proveedor de seguro médico / CCO: Número de grupo:  
ID de seguro: Número de teléfono del seguro:

---

Tutor legal (de cualquier menor, si es diferente de lo anterior)

Relación: Pronombre preferido: División (si es DHS):  
Teléfono: Correo electrónico:

---



**Razón de referencia** (Con sus propias palabras, por favor describa las preocupaciones o comportamientos que iniciaron esta referencia)

---

**Servicios de salud mental solicitados:**

Tipo                      Para quién (Haga una lista de todos los anteriores para cada servicio solicitado)

- Evaluación SOLAMENTE
  - Terapia individual
  - Terapia de pareja
  - Terapia familiar
  - Terapia de grupo
- Por favor, especifique el grupo si se conoce:*
- Desarrollo de destrezas
  - Apoyo de compañeros
  - Evaluación / manejo de medicamentos
- 

**Servicios solicitados para un trastorno de abuso de sustancias:**

Tipo                      Para quién (Haga una lista de todos los anteriores para cada servicio solicitado)

- Evaluación SOLAMENTE
  - Terapia individual
  - Terapia de pareja
  - Terapia familiar
  - Terapia de grupo
- Por favor, especifique el grupo si se conoce:*
-



- Desarrollo de destrezas
  - Apoyo de compañeros
  - Evaluación / manejo de medicamentos
- 

Otros servicios de comportamiento solicitados:

Por favor especifique:

- ABA
  - Desarrollo de destrezas
  - Coordinación de cuidados
  - Naturopático
  - Trabajo corporal (yoga, Acupuntura)
- 

Ubicación de servicios solicitada:

- Oficina de Wolf Pack
  - Escuela: [Nombre de escuela](#)
  - Hogar / lugar en la comunidad
  - División de DHS: [Nombre de división](#)
- 

Otras agencias o sistemas involucrados (por ejemplo: protección de menores, IEP/504 de educación, sistema judicial):

---

Información de la persona referente:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:



¿Dónde escuchó usted sobre Wolf Pack?

---

**Exclusivo del personal**

Fecha de recibido:

Fecha de evaluación:

Asignado:

Asignado:

Asignado:

Notas:

Seguro médico verificado

Censo

Referral\_WPCTS

Creado: 06.11.2017

Revisión: 05.04.2022