



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA
SERVICIOS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO
FORMULARIO DE REFERENCIA**

LAS REFERENCIAS DEBERÁN HACERSE A LA OFICINA DE INVOLUCRACIÓN DE PADRES Y ALCANCE COMUNITARIO (JUSD)

CORREO ELECTRÓNICO: Behavioral_Health@JUSD.K12.CA.US

TODAS LA REFERENCIAS DEBEN ESTAR MARCADAS CONFIDENCIAL Y ESPERAR CONFIRMACIÓN

Fecha:	Referido por:	Teléfono:	
Si se está refiriendo a un estudiante, ¿está el padre/guardián consciente de que se está haciendo la referencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es referido por alguien que no es el padre o tutor, por favor indique la fecha / hora en que el guardián fue informado de la referencia.			
Sitio Escolar que hace la referencia:		Numero de estudiante:	
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Edad & Grado:	Generó: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino
Dirección:	Ciudad/Código Postal:	Teléfono de Casa: ()	
Padre/Guardian Legal:	Mejor Contacto Telefónico: ()	Idioma Primario:	
Lista de niños que viven en el hogar	Escuela:	Edad:	Fecha de nacimiento:
1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____	6. _____
¿Tiene el estudiante un IEP activo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si es así, ¿actualmente están recibiendo servicios a través de ERMHS (Educationally Related Related Mental Health Services)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Tensiones: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Tratando con padres divorciados <input type="checkbox"/> Padre encarcelado <input type="checkbox"/> Violencia domestica			
<u>RAZONES/PREOCUPACIONES (Por favor marque todo lo que aplique)</u>			
Cuestiones de Conducta <input type="checkbox"/> Participación de pandilla <input type="checkbox"/> Involucración con la ley <input type="checkbox"/> blasfemia	<input type="checkbox"/> Suspensiones/expulsiones <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar / huyendo <input type="checkbox"/> Toma cosas que no le pertenecen	Comportamientos de Alto Riesgo <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas/pensando, hablando de la muerte <input type="checkbox"/> Ideas/Gestos suicidas <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <i>Por favor aclarar y especificar fechas:</i> Cuando: _____ Cómo: _____	<input type="checkbox"/> Habilidades sociales limitadas <input type="checkbox"/> Rechazado por sus compañeros <input type="checkbox"/> "Payaso de la clase" <input type="checkbox"/> No se lleva bien con otros <input type="checkbox"/> Otra razón: _____
Enojo <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Falta de autocontrol <input type="checkbox"/> Agresivo hacia los compañeros *	<input type="checkbox"/> Agresivo hacia los adultos * <input type="checkbox"/> Agresión verbal <input type="checkbox"/> Agresión física *	Social <input type="checkbox"/> Se asocia con un grupo de compañeros negativos <input type="checkbox"/> Tiene pocos amigos <input type="checkbox"/> Intimidación física/verbal	<input type="checkbox"/> Sin amigos/incapaz de hacer amigos <input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Comportamientos fuera de contexto/inapropiado
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias: _____ _____	Dificultades en la escuela <input type="checkbox"/> Académico <input type="checkbox"/> Calificaciones bajas		

Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> De desarrollo <input type="checkbox"/> Otro impedimento físico	<input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Discapacidad física-movilidad <input type="checkbox"/> Desconocido	Problemas de Salud/Médicos <input type="checkbox"/> Disminución de salud general <input type="checkbox"/> Mala higiene <input type="checkbox"/> Diagnostico medico preexistente: _____	<input type="checkbox"/> Medicamento(s): _____ <input type="checkbox"/> Otra razón: _____
Duelo/Perdida <input type="checkbox"/> Aislamiento/rechazo de los padres, otras personas significativas		<input type="checkbox"/> Pérdida de relaciones significativas entre compañeros <input type="checkbox"/> Pérdida de persona significativa por muerte, divorcio, separación	
Alteraciones de Estado de Animo <input type="checkbox"/> Ansioso / Tenso <input type="checkbox"/> Preocupado / Temeroso <input type="checkbox"/> Autocrítica	<input type="checkbox"/> Estado de ánimo triste <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> Cambios de humor frecuentes	<input type="checkbox"/> Fatiga / Cansancio <input type="checkbox"/> Desafiante / Incumplimiento <input type="checkbox"/> regalar posesiones preciadas <input type="checkbox"/> Cambio en apariencia personal	<input type="checkbox"/> Comer en exceso / pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Falta de interés en la escuela / actividades sociales <input type="checkbox"/> Baja autoestima
Primera infancia (0-5 años) <input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo * <input type="checkbox"/> Lastima a otros * <input type="checkbox"/> Lastima a los adultos * <input type="checkbox"/> Berrinches <input type="checkbox"/> Fácilmente molesto <input type="checkbox"/> Se estrella contra otros niños *	<input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> No se puede calmar <input type="checkbox"/> Se sube a los muebles * <input type="checkbox"/> Vómitos / Náuseas <input type="checkbox"/> Orinar <input type="checkbox"/> Evita a otros niños; no interactúa	<input type="checkbox"/> Agarra a otros niños o juguetes * <input type="checkbox"/> Persistir en una actividad <input type="checkbox"/> Juego agresivo <input type="checkbox"/> Lanza cosas * <input type="checkbox"/> Se aferra a un adulto <input type="checkbox"/> Evita a los adultos <input type="checkbox"/> No se puede sentar para las actividades	<input type="checkbox"/> Dificultad con las transiciones <input type="checkbox"/> Molesta o interfiere con los demás <input type="checkbox"/> Es evitado por otros niños (otros niños evitan al niño) <input type="checkbox"/> Problemas del sueño (informado por los padres)

NECESARIO-Información adicional por la razón de referencia: _____

Cualquier intervención anterior: _____

MEDICAL INSURANCE COVERAGE		
¿Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal ID # (NOT IEHP/Molina #)	Medi-Cal Issue Date:
¿Medi-Cal del condado de Riverside? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene la familia transporte a clínicas cercanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> HMO (Medi-Cal) <input type="checkbox"/> HMO Employer <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> No Medical Insurance		
OFFICE USE ONLY		
Date referral was received:	Date referral was sent:	



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA (PHI) Y AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información de salud de la persona nombrada.

FECHA:		
ESTUDIANTE/CLIENTE		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN :	CIUDAD, ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:		FECHA DE NACIMIENTO:
LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES ESTAN AUTORIZADAS A OBTENER O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA		
<p>NOMBRES DE ORGANIZACIONES:</p> <p align="center">JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT 4850 Pedley Rd., Jurupa Valley, CA 92509 (951) 360-4100</p> <p align="center">MFI RECOVERY CENTER 5870 Arlington Ave., Suite 103, Riverside, CA 92504 (951) 683-6596</p> <p align="center">FAMILY SERVICES ASSOCIATION 21250 Box Springs Rd., Suite 212, Moreno Valley, CA 92557 (951) 686-1096 8172 Magnolia Ave, Riverside, CA 92504 (951) 353-0129</p> <p align="center">RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM - BEHAVIORAL HEALTH 3125 Myers St., Riverside, CA 92503 (951) 358-4840 3075 Myers St., Riverside, CA 92503 (951) 358-4625 1195 Magnolia Ave., Corona, CA 92879 (951) 273-0608 2085 Rustin Ave., Riverside, CA 92507</p> <p align="center">BORREGO HEALTH 8856 Arlington Ave., Riverside, CA 92503 (951) 710-3970 1970 University Ave., Riverside, CA 92507 (951) 213-3450 5565 Troth St., Jurupa Valley, CA 91752 (951) 710-3987</p>		
<p align="center">TESSIE CLEVELAND COMMUNITY SERVICES CORP. 3576 Arlington Ave., Suite 100, Riverside, CA 92506 (951) 374-1555 ext. 8010</p> <p align="center">ALMA FAMILY SERVICES 3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509</p> <p align="center">HOUSE OF RUTH 3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509</p> <p align="center">AMERICA'S BEST CONTACT & EYEGLASSES 1285 Cantu Galleano Ranch Rd., Eastvale, CA 91752</p>		

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER OBTENIDA O REVELADA POR LA SIGUIENTE ORGANIZACIÓN	
NOMBRE DE ORGANIZACIÓN: <p style="text-align: center;">JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT, BEHAVIORAL HEALTH 3924 RIVERVIEW DRIVE JURUPA VALLEY, CA 92509 951-416-1572</p>	
FECHA DE CASO:	MOTIVO DE LA SOLICITUD : REFERENCIA
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN VA A SER REVELADA:	
<input type="checkbox"/> Todo los archivos incluidos, pero no limitado a: Referencia De Salud Del Comportamiento	Otro: <u> N/A </u>
DERECHO DE REVOCAR: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido revelada en base a esta autorización.	
INFORMACIÓN SENSIBLE: Entiendo que la información en mi registro puede incluir información acerca de los servicios de salud mental o de comportamiento o tratamiento para abuso de alcohol y drogas.	
FOTOCOPIA, FAX O CORREO ELECTRÓNICO: Estoy de acuerdo que una fotocopia, fax o correo electrónico de esta autorización debe ser considerada tan efectiva como el original.	
VENCIMIENTO: A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____	
Si no especifica una fecha de vencimiento, evento o condición esta autorización se vencerá en un (1) año del calendario a partir de la fecha de su firma.	
REDIVULGACIÓN: Si han autorizado la divulgación de mi información de salud a alguien que no tiene la obligación legal de mantenerla confidencial, entiendo que puede ser revelada y ya no protegida. La ley de California prohíbe en general, los destinatarios de la información de mi salud volver a divulgar esa información, salvo con mi autorización por escrito o que así lo exija o permita la ley.	
DERECHOS DE ACCESO: Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para ser utilizada o revelada, según lo dispuesto en la sección 45 del Código de Regulaciones Federales 164.524	
Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Me gustaría una copia de esta autorización. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE LEGAL	
Firma del Estudiante/Cliente:	Fecha:
Firma del Padre/Tutor (si es menor de edad):	Fecha:
Si está firmada por el Representante Legal, la relación del individuo	
Firma del Personal de la Escuela:	Fecha: