



**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"/> 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: _____
Enojo	<input type="checkbox"/> Agresivo hacia los adultos * <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Falta de autocontrol <input type="checkbox"/> Agresión verbal <input type="checkbox"/> Agresión física *	Social	<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: _____
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias:	_____	Dificultades en la escuela	<input type="checkbox"/> Sin amigos/incapaz de hacer amigos <input type="checkbox"/> Académico <input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Calificaciones bajas <input type="checkbox"/> Comportamientos fuera de contexto/inapropiado

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:

***The students parent/guardians have been verbally informed and referral for student has been agreed upon by the parent/guardians.**

Signature of Staff making the referral _____ Staff- Print Name _____ Date _____