

Riverside Community Care

Leading the Way in Behavioral Healthcare & Human Services

DERIVACIÓN A LIFESKILLS

Por favor, completar y enviar de regreso a: Kerry Roberts

DMH

361 Plantation St.
Worcester, MA 01605
T: 774.420.3104
F: 774-420-3166.

Kerry.roberts@mass.gov

1. Nombre del Cliente:

2. Fecha de la Derivación:

3. Fecha de Nacimiento:

4. Género con el que se Identifica:

5. Dirección Actual:

6. Número de Teléfono:

7. Dirección del Padre/Madre/Tutor:

Padre o Madre 1:

Padre o Madre:

Teléfono: (Hogar)

(Trabajo)

Teléfono: (Hogar)

(Trabajo)

8. Estado de la Guarda/Custodia:

Nombre:

Dirección:

9. Información para Emergencias:

10. Problema que presenta: (Sea específico en cuanto a comportamientos)

Riverside Community Care

Leading the Way in Behavioral Healthcare & Human Services

11. Metas (Habilidades para la Vida)

Otro

12. Beneficios: (Marque los que correspondan)

GRF (Alivio General) () AFDC ()

SSI (Ingresos de Seguridad Social) () Otro (Por favor, definir) ()

13. Educación:

Grado: Escuela:

Ciudad: Fecha de la Evaluación CORE:

Fecha del PEI:

14. Hospitalizaciones Psiquiátricas: Cantidad en Total:

Hospital (Más Reciente)	Fecha	Motivo de la Hospitalización
-------------------------	-------	------------------------------

15. Colocaciones – Externas – Domiciliarias:

Colocación	Fecha
------------	-------

16. Diagnóstico DSM:

Fecha:	Desde dónde:
--------	--------------

Código	Diagnóstico
--------	-------------

Riverside Community Care

Leading the Way in Behavioral Healthcare & Human Services

17. Sintomatología:

Antecedentes de cualquiera de los siguientes:

(P = Actualmente, H = Anteriormente, A = Ambos)

Tendencias suicidas ()

Ataques violentos ()

Inicio de incendios ()

Riesgo de escape ()

Comportamiento sexualizado ()

Abuso sexual ()

Autolesiones ()

Síntomas psicóticos ()

Otro (Por favor, explique) _____

18. Solicitud presentada al DMH () sí () no

19. Consumo de Drogas/Alcohol (Sea específico acerca del tipo, frecuencia y duración):

20. Medicamentos Recetados / Alergias Conocidas o Problemas Médicos:

a. Medicamentos

b. Alergias/Problemas Médicos

21. Historia Familiar Multigeneracional:

(Mencione brevemente cuestiones psiquiátricas, drogas/alcohol o historial de abuso):

22. Antecedentes con la Justicia Penal:

Riverside Community Care

Leading the Way in Behavioral Healthcare & Human Services

23. Contactos: (Incluya Número de Teléfono):

- A. DMH (Dep. de Salud Mental) _____
 - B. DYS (Dep. de Servicios Juveniles) _____
 - C. DCF (Dep. de Niños y Familias) _____
 - D. Enlace de Ed. Especial (Escolar) _____
 - E. Terapista _____
 - F. Psiquiatra _____
 - G. Otro (Por favor, explique) _____
-

24. Seguro: _____ Póliza # _____

25. Origen de la Derivación:

Nombre: _____ Vínculo: _____

Número de Teléfono: _____

Información Adicional (para acelerar la derivación)

Solicitud para el DMH si aún no fue aprobada o presentada

Cualquier tipo de Documentación Clínica para sustentar el Diagnóstico (pruebas, informes de alta...)