



**REFERENCIA A: SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE EDUCACION TEMPRANA**

Fuentes Financieras de la Familia (por favor marque todos los que apliquen) **EHS HS CPP IS TB**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hermanos/edades (Si están inscritos en PSD por favor indique la escuela y el grado)

Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarlo a su trabajo? \_\_\_ Mejor hora de llamar: \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_ Medicaid \_\_\_ CHP+ \_\_\_ Privado

Referido por:

Padre \_\_\_\_\_ Mentor Familiar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_ AM \_\_\_ PM \_\_\_

Mentor Familiar \_\_\_\_\_

**Razones de Referencia (marque todas la que apliquen y ponga un círculo a la razón más importante)**

- Conductas inapropiadas
- Preocupación en las habilidades de ir al baño
- Especifique: \_\_\_\_\_
- Retraído, aislado, comportamiento reservado en casa o escuela
- Los padres expresaron interés en recibir asesoramiento
- Preocupación de posible abuso
- Preocupaciones sobre la familia (divorcio Resiente, separación) etc.
- Depresión Pos-Parto
- Crisis en la familia
- Comportamiento disruptivo en casa
- Muerte en la familia
- Preocupación sobre apegos/unión
- Comportamiento disruptivo en el salón
- Preocupación de que los padres tienen expectativas inapropiadas
- Los padres parecen deprimidos/con ansiedad/ abrumados

Especifique: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

**Se consulto a otros Profesionales: No \_\_\_ Si \_\_\_ nombre y organización: \_\_\_\_\_**

**Las estrategias que se han utilizado hasta el momento:**

- redirección
- tiempo de reflexión
- platica con los padres

especifique: \_\_\_\_\_

referir padre/a a: \_\_\_\_\_

otro: \_\_\_\_\_

**Necesidad primaria:**

- hablar al padre/s
- observación de conducta en el salón
- observación
- consulta entre maestro y consejero
- evaluación
- ayuda con referencias fuera de la agencia
- consulta a corto plazo para padres
- proporcionar a los padres con información en técnicas de manejo para niño/a

otro/especifique: \_\_\_\_\_

Los padres han dado consentimientos para los Servicios de Salud Mental de EC \_\_\_ Si \_\_\_ No

Firma de Referencia: \_\_\_\_\_