



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: _____