



Jóvenes en Edad de Transición (TAY 16 a 25 años)
Formulario de Referencia y Autorización para
Asociación de Servicios Completos (FSP)

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Fecha: Género: Femenino Masculino Desconocido DMH IBHIS#:
Número de Seguro Social:
Apellido: Primer Nombre:
Fecha de Nacimiento: EDAD:
Raza/Origen Étnico: Idioma Preferido:
Dirección Postal: Ciudad: Código Postal:
Situación de Vida Actual: Padres Pariente Hogar de Crianza Transitorio

Transición a un nivel inferior de cuidado o cárcel

Seguro Medico: MEDI-CAL Familias Saludables de California Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) Ninguno Privado:
Beneficios: Ayuda General (GR) Asunto de Veteranos (V.A.) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) Otro Ingreso:

Cliente sirvió en el ejército: Si No

CONTACTO PRINCIPAL: RELACIÓN con el Cliente:
Dirección Postal: TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL: Idioma Preferido:

CONSERVADOR?: Si No NOMBRE: TELÉFONO:

Orientación Sexual: Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual Desconocido
Queer Cuestionamiento / Inseguro Otra Orientación Sexual

Identidad de Género: Masculino Femenino Hombre Transexual Mujer Transexual Género queer
Cuestionamiento/Inseguro No binario Otra Identidad Desconocido

FUENTE DE REFERENCIA

Agencia de Referencia/Fuente: Persona de Contacto:
Teléfono: Fax: Correo Electrónico:

¿El consumidor está recibiendo actualmente servicios de la agencia de referencia? Si No

Participación de Otra Agencia: DCFS (Departamento de Servicios para Niños y Familias) DMH (Departamento de Salud Mental) APS (Servicios de Protección para Adultos) Escolar
Libertad Provisional Libertad Condicional Equipo START Centro Regional Otro:

Si el consumidor fue referido a cualquier otro programa, por favor identifique:

El joven / familia sabe que se ha enviado una referencia a un programa intensivo de salud mental: la fuente de referencia informó al cliente / familia que se está haciendo una referencia de FSP.

A la familia / individuo se le ha proporcionado un folleto del FSP y se le ha informado de la referencia de FSP

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

POBLACIÓN FOCAL

Los Jóvenes de Edad de Transición deben tener trastornos emocionales grave (SED)^{*1} Y/O enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI)^{**2}

1. Sin hogar o actualmente en riesgo de quedarse sin hogar (indicar la situación de vida actual): _____
2. Joven en termino de edad apropiada en el:
- Sistema de Salud Mental Infantil
 Sistema de Bienestar Infantil
 Sistema de Justicia Juvenil
3. Jóvenes que abandonan la atención institucional a largo plazo:
- Nivel 12-14 Hogares Grupales
 Institución de Enfermedades Mentales (IMD)
 Campos de libertad condicional
- Centro de tratamiento comunitario (CTF)
 Hospital Estatal
 Cárcel
- Fecha estimada de alta: _____
4. Jóvenes que experimentan su primer brote psicótico
5. Trastorno por abuso de sustancias concurrente **además** de cumplir con al menos uno (comprobado) criterio de población focal TAY identificado en las preguntas de arriba.
6. Vivir con miembros de la familia sin ese apoyo, el individuo debe estar en riesgo inminente de falta de vivienda, cárcel o institucionalización.

Proporcionar detalles para cualquier elemento seleccionado:

NIVEL DE SERVICIO

MARQUE SOLO UNO:

- SIN SERVICIO (No recibo servicios de salud mental)
- Historial de servicios de salud mental, pero ninguno actualmente*
 Sin servicios previos de salud mental
- Desfavorecido/Desatendido (Recibiendo algunos servicios de salud mental, aunque insuficientes para lograr los resultados deseados)*
- Servicios de Recuperación, Resiliencia y Reintegración
 PEI
 Otro: _____
- Servido inapropiadamente (Recibiendo algunos servicios de salud mental, aunque inapropiados para lograr los resultados deseados debido a necesidades culturales, étnicas, lingüísticas, físicas u otras necesidades específicas del consumidor) *

*Si el cliente ha recibido servicios de salud mental basados en la comunidad en los últimos 6 meses, 1) identificar los programas; 2) indicar el tipo y la frecuencia de los servicios; y 3) explicar por qué los servicios son insuficientes inapropiados para lograr los resultados deseados:

¹ ***"PERTURBACIÓN EMOCIONAL GRAVE" se refiere a los menores de 18 años que tienen un trastorno mental como se identifica en la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, aparte de un trastorno primario de consumo de sustancias o trastorno del desarrollo, que resulta en un comportamiento inadecuado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Los miembros de esta población focal deberán cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- A) Como resultado del trastorno mental, el niño tiene un deterioro sustancial en al menos dos de las siguientes áreas: el cuidado personal, el funcionamiento escolar, las relaciones familiares o la capacidad de funcionar en la comunidad; y se produce cualquiera de las siguientes situaciones:
- (i) El niño está en riesgo de ser retirado de su casa o ya ha sido retirado de su hogar.
- (ii) El trastorno mental y las deficiencias han estado presentes durante más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año sin tratamiento.
- B) El niño presenta uno de los siguientes: características psicóticas, riesgo de suicidio o riesgo de violencia debido a un trastorno mental.
- C) El niño cumple con los requisitos de elegibilidad de educación especial bajo el Capítulo 26.5 (comenzando con la Sección 7570) de la División 7 o el Título 1 del Código de Gobierno. (Código de Bienestar e Instituciones de California, Sección 5600.3)

² ** (SPMI) Para TAY edades 16-25 puede incluir deterioro funcional significativo en una o más áreas principales de funcionamiento (e.g., relaciones interpersonales, emocionales, vocacionales, educativas o de autocuidado) durante al menos 6 meses debido a una enfermedad mental grave. El funcionamiento del individuo está claramente por debajo de lo que se había logrado antes de la aparición de los síntomas. Sin embargo, si la perturbación comienza en la infancia o la adolescencia, puede haber un fracaso para alcanzar el nivel de funcionamiento que se había esperado para el individuo en lugar de un deterioro en el funcionamiento.

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

CONSIDERACIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico primario DSM V/Código ICD-10: _____ Diagnóstico Doble (Codigo X): _____

Marque todo lo que se aplica al Individuo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ideación agresiva | <input type="checkbox"/> Actos sexuales inapropiados |
| <input type="checkbox"/> Actos agresivos (por historia o actual) | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones psiquiátricas (indique las fechas abajo) |
| <input type="checkbox"/> Amenazas agresivas (por historial o actual) | <input type="checkbox"/> Ideación/intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Ideación o actos de incendio | <input type="checkbox"/> Síntomas de psicosis |
| <input type="checkbox"/> Ideación sexual inapropiada | <input type="checkbox"/> Notificaciones Tarasoff (pasadas o actuales) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Proporcione los detalles de los elementos seleccionados:

**Envíe por fax las formas completadas al Programa FSP para niños de Salud Mental Tri-City (COP/TAY).
Fax: (909) 865-0730**

DISPOSICIÓN

Fecha recibida: _____

- No autorizado para Inscripción (Explicar las razones de la decisión y planear la vinculación a otros servicios):

- Autorizado para la inscripción:

Supervisor del programa: _____

Teléfono: _____

Clínico asignado: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

Representante autorizado: _____

Fecha: _____

Fecha de notificación de la agencia FSP: _____

Para ser completado por la agencia FSP

Por favor envíe por fax el formulario de referencia y autorización completado al Programa FSP Infantil de Tri-City Mental Health Center (COP/TAY).

- La agencia se niega a inscribirse, pero el individuo es elegible para FSP (debe completar el formulario de apelación)
- El individuo no está de acuerdo con los servicios (explique las razones de la decisión y planifique los vínculos)
- Se considera que el individuo no es elegible para los Servicios FSP (explique las razones y el plan para los vínculos)

Por favor incluya cualquier información adicional para las opciones marcadas arriba/planes para enlaces:

Representante de la Agencia FSP: _____ Fecha: _____