



Fecha: _____

NEW DAWN COUNSELING & CONSULTING, INC.

1500 Camino Del Sol Suite 1 Oxnard, CA 93030

Phone (805) 604-5437 Fax (805) 307-2595 referrals@newdawnnc.com

Nombre del cliente: _____ Origen Étnico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Tenemos permiso de dejar un mensaje de voz en el número de teléfono del Cliente o Padre/Guardián? Si No

Si el cliente es menor, nombre del padres/guardián: _____

Escuela: _____ Grado Escolar: _____ Maestro(a): _____

Lenguaje que se habla en casa: _____ Tiene el cliente Medi-Cal? Si No

Medi-Cal ID #: _____ Fecha de Emisión: _____ (Incluya copia de la tarjeta de Medi-cal)

Si el cliente a recibido servicios de salud mental en el pasado, cuando _____ y donde _____

Razones de la referencia: _____

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO:

- | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desafía/rompe las reglas | <input type="checkbox"/> Temeroso/ansioso | <input type="checkbox"/> Falta de higiene o limpieza |
| <input type="checkbox"/> Berrinches frecuentes | <input type="checkbox"/> Perdida reciente/trauma | <input type="checkbox"/> Baja autoestima |
| <input type="checkbox"/> Físicamente abusivo | <input type="checkbox"/> Apariencia descuidada | <input type="checkbox"/> Aislado/apartado |
| <input type="checkbox"/> Abusivo verbalmente | <input type="checkbox"/> Robando/Mintiendo | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Triste/sin energía | <input type="checkbox"/> Padres distanciados | <input type="checkbox"/> Ser molestado |
| <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas/homicidas | <input type="checkbox"/> Historia de abandono | <input type="checkbox"/> Interrumpe la clase |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas/ alcohol | <input type="checkbox"/> Historia de abuso sexual | <input type="checkbox"/> No se puede quedar quieto |
| <input type="checkbox"/> Desordenes de alimentación | <input type="checkbox"/> Historia de abuso físico | <input type="checkbox"/> No se concentra/distraído |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Abuso parental de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Bajó su rendimiento escolar |

La persona que la refirió _____ En _____
(Nombre y Título) (Nombre de la Agencia, Organización, Escuela, etc.)

Teléfono #: _____ Fax #: _____ Correo Electrónico: _____

El método de comunicación preferido de la persona que Refiere: Teléfono Fax Correo Electrónico

Release of Information:

I hereby authorize the release of the above information to and from New Dawn Counseling & Consulting, Inc. for the purpose of referral and service coordination with _____.
(Name of referring party, school, agency, organization, etc.)

Por la presente autorizo la divulgación de información a/ y de New Dawn Counseling & Consulting, Inc. para la recomendación y la coordinación de servicios con _____.
(Nombre de la persona, escuela, agencia, organización, etc.)

Signature Parent/Guardian/ Firma del Padre, Madre o Tutor

Date/ Fecha

For New Dawn Counseling & Consulting, Inc. Use Only:

Program: EPSDT (Child/Youth Medi-Cal) Triple P-pvt pay Triple P Nfl KP Beacon Private Pay