

Resiliency Center

Referencia Infantil (#__ of __)

Fecha: _____

Información de Los Padres/Guardian:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Idioma: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

☐ Texto ☐ Llamada ☐ Correo Electronico

Mejor horario para llamar: _____

Correo electrónico: _____

Información del Cliente:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Escuela: _____ Grado: _____

A pronombre/Preferido: _____

Origen étnico: _____ Idioma: _____

Información de Seguro:

Medi-Cal ☐ Cal-Viva ☐ Anthem ☐ EAP ☐ Seguro privado ☐ Pago Privado

ID #: _____ Otras: _____

Disponibilidad/Preferencia:

Día(s) disponibles para de la cita: ☐ L ☐ M ☐ Mi ☐ J ☐ V Horario de preferencia: _____

Preferencia de género para su terapeuta: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Sin preferencia

Preferencia de sesión: ☐ Telesalud ☐ En persona ☐ Sin preferencia

Transporte: ☐ Yes ☐ No

¿Ha recibido terapia anteriormente? ☐ Yes ☐ No

En caso afirmativo, proporciona el diagnóstico: _____

¿Toma medicamentos psiquiátricos? ☐ Yes ☐ No

¿Que medicamento(s)? _____

Áreas de Preocupación/riesgo:

☐ Ideas suicidas ☐ Autolesiones ☐ Trauma ☐ Duelo/pérdida ☐ Violencia doméstica ☐ Trafico Humano

Describe brevemente las preocupaciones que presenta: _____

¿Tiene un plan de seguridad? ☐ Yes ☐ No Orden de Restricción: ☐ Yes ☐ No Orden de Custodia: ☐ Yes ☐ No

Tarifas por Servicio:

Estudiante interno: \$40 Terapeuta asociado registrado: \$80 Terapeuta con licencia: \$120

Fuente de Referencia:

Nombre: _____ Agencia: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____