

Fecha de referencia: _____



FORMULARIO PARA PADRE/TUTOR DE SOLICITUD PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL VINCULADOS A LA ESCUELA

Envíe por fax el formulario completo a la atención: SLMH Intake Department al 507-931-8060

Pasos para completar una solicitud para servicios de salud mental vinculados a la escuela

1. Explique al padre/tutor/cuidador la naturaleza de la referencia (por ejemplo, qué/por qué está solicitando servicios)
2. Confirme que el estudiante aún no recibe servicios de salud mental (proporcionados por un consejero/psicoterapeuta/psicólogo) o razón para querer transferir atención de salud mental
3. Obtenga un formulario de divulgación de información firmado por el cuidador que tiene custodia legal y firmado por usted como testigo

Opciones de referencia (Marque todos que apliquen)

- El cuidador está interesado en aprender más sobre los servicios proporcionados por CSSM y desea una llamada de un psicoterapeuta
- El cuidador quiere comenzar servicios y desea una llamada de nuestro departamento de admisión para programar una cita de admisión/evaluación
- Se proporcionó información al padre/cuidador y se comunicaron con CSSM si deciden comenzar servicios

Nombre de estudiante: _____ Nombre de personal que hizo la referencia /título: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de personal que hizo la referencia: _____

Sexo: _____ Mejor(es) hora(s) para programar una cita durante la escuela: _____

Grado: _____ Escuela del estudiante: _____

Razón por la solicitud (por favor describa en detalle la preocupación o el problema):

Información de padre(s)/tutor #1

Nombre(s): _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Información de padre(s)/tutor #2

Nombre(s): _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

En casos donde los padres están separados/divorciados, se solicitará información sobre la custodia legal del menor referido durante el proceso de admisión

¿El estudiante tiene seguro de salud? Sí No

(En caso afirmativo, se requiere que la información del seguro de salud se proporcione antes o al inicio de los servicios; Los fondos de subvención pueden estar disponibles para estudiantes/familias sin seguro de salud o que tienen preocupaciones financieras; se hablará sobre las opciones durante la admisión.)

Nombre de seguro de salud: _____

Número de identificación: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza (si no se proporcionó anteriormente): _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ ¿El estudiante tiene seguro secundario? Sí No

Mi firma a continuación indica el consentimiento para ser contactado por CSSM para hablar sobre posibles servicios:

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma de estudiante (18+): _____ Fecha: _____

Testigo/Firma de personal hacienda la referencia: _____ Fecha: _____