Estimado agente de referido, pariente o tutor:

Para reducir el tiempo que utilice al volver a llamar a nuestra oficina o enviar varias veces un facsimile con información y terminar el proceso en el tiempo más corto posible, por favor considere la siguiente información para completar la forma de referido:

Página 1: Información demográfica o de contacto del cliente

Incluya la mayor cantidad de información posible, demográfica o de contacto.

Este **SEGURO** de marcar "**Si**" o "**No**" a todas las preguntas relacionadas a los seguros; por ejemplo, *Medicaid*, seguros privados, o de la participación de la Corte o Tribunal (si esta información no está clara puede haber un retraso al procesar su caso hasta que tengamos la información).

Indique cualquier tratamiento(s) previo(s), cuando comenzó y terminó el mismo.

Página 2: Problemas al ser tratado

Por favor sea tan específico y detallado como sea posible al contestar todas las preguntas en esta página, así podremos comprender con claridad el comportamiento pasado y presente del cliente y la condición de su salud mental. Si alguna pregunta no aplica a su cliente, por favor conteste "**NO**" o "**N/A**", si no está seguro escriba, "**desconozco**".

Página 3: Nombre del médico de familia que atiende al menor / los medicamentos actuales/ situación y fortalezas familiares

Por favor sea tan meticuloso como sea posible cuando enumere la situación que su familia a enfrentado (por ejemplo; divorcio, inestabilidad financiera, conflictos verbales, etc.) y las fortalezas familiares del menor (por ejemplo; le gustan los deportes, le interesan las artes, toman los alimentos en familia).

Este seguro que el agente de referido (lo más probable la persona que complete el formulario) provea **toda su información de contacto, su firma y que los padres o guardián firmen al final.**

Página 4: Chequeo temprano y periódico, Diagnóstico, Chequeo de Tratamiento (EPSDT)

Este seguro quien es el "evaluador"; el evaluador es la persona que hace las preguntas sobre la sección del comportamiento "el problema del niño o niña" (página 5) y sobre la sección de los "problemas en el ambiente que lo rodea" (página 6) que haya tenido en el último mes o siempre. La fuente de información es la persona que contesta las preguntas.

Página 6: Problemas en el ambiente del niño o niña

El evaluador (el mismo de arriba) y los padres o los tutores **DEBEN** firmar al final.

Página 7: Consentimiento para la liberación de información sobre la salud mental

Nosotros necesitamos tener alguno de estos formularios llenos para cada agencia o persona a quien se le puede dar la información. Necesitamos una para la agencia de referencia (por ejemplo, *Delawer Guidance Services, Broudy & Associates, etc.*) y uno para cada agencia o persona, así como la escuela del niño (a), el médico primario, etc. **Además**, todos los encasillados en el formulario deben ser verificados para asegurar que libere y se reciba toda la información necesaria.

Página 8: Consentimiento para la liberación sobre tratamientos de drogas o alcohol

Nuevamente, verifique **todos** los encasillados. Para servicios sobre abuso de sustancias, si el cliente tiene 14 años o más, el cliente tiene que **firmar** el formulario y si es posible nos gustaría tener la firma de los padres. Para servicios de salud mental, los padres o tutor tienen que **firmar** el formulario.

Página 9: Ayuda Salud Mental

Este formulario debe cumplimentarse si usted está solicitando servicios para pacientes ambulatorio con asistencia. Si esto no aplica, escriba **"N/A" (no aplica)** a través de la página entera.

Por favor añada cualquier evaluación que tenga disponible, libere resúmenes o compendios y cualquier otra información clínica o educativa que tenga disponible.

Una vez lo complete, puede enviarnos el referido por facsimil a nosotros al número (302) 622-4475 o enviarlo por correo a la dirección que se encuentra al final.

Esperamos que esta información le sea de ayuda. Si tiene alguna pregunta, siéntase en la confianza de comunicarse con nosotros, a continuación nuestra información.

Lauren A. Colletti, BA
Psychiatric Social Worker II
Division of Prevention and Behavioral Health Services
Office: 302-892-6490
Fax: 302-622-4475
1825 Faulkland Road
Wilmington, DE 19805

Linda Zervas, LCSW
Psychiatric Social Worker III
Division of Prevention and Behavioral Health Services
Office: 302-633-2573
Fax: 302-622-4475
1825 Faulkland Road
Wilmington, DE 19805

Rebecca D. Trent, LPCMH, NCC, CADC
Central Intake Manger
(O) 302-892-6454
(C) 302-290-9130
(F) 302-622-4475
Division of Prevention and Behavioral Health Services
1825 Faulkland Road
Wilmington, DE 19805