



**HISPANIC FAMILY COUNSELING, INC.**

Orange/Seminole/Osceola

Main Office: 1707 Orlando Central Parkway, Suite 480 • Orlando, FL. 32809

(407) 382-9079 • Fax (407) 964-1274

[referrals@hisfapam.com](mailto:referrals@hisfapam.com) • [www.hisfapam.com](http://www.hisfapam.com)

**FORMULARIO DE REFERENCIA**

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/ Custodio: \_\_\_\_\_ Relación con cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Sexo  M  H

Group Étnico:  Blanco  Negro  Hispano  Asiatico/ Pacífico  Multirracial Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estatus legal:  Menor en custodia de los padres  Menor en custodia del estado  Adulto competente  Adulto incompetente

Escuela/ Empleador: \_\_\_\_\_ Idioma primario de sus encargados: \_\_\_\_\_ Bilingüe Requerido?  Si  No

**OTRO SERVICIOS ACTUALES**

Sin servicios actuales

Consejería de Salud Mental: Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios psiquiátrico: Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro: Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE FUENTE DE REFERENCIA**

Agencia de Referencia: \_\_\_\_\_ Persona Completando el Formulario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Servicios Solicitados:  Análisis de comportamiento  Consejería  PSR  Examinaciones Psicológicas  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE FINANCIACION**

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

# de Teléfono del seguro : \_\_\_\_\_ Dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Información de autorización: \_\_\_\_\_

**DESCRIPCION DE PROBLEMA**

Marque los síntomas de comportamiento/emocional del cliente actualmente (obligatorio):

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión Física | <input type="checkbox"/> Huir                       | <input type="checkbox"/> Berrinches         | <input type="checkbox"/> Mentiras                | <input type="checkbox"/> Comportamiento Depresivo   |
| <input type="checkbox"/> Agresión Verbal | <input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad   | <input type="checkbox"/> Ausentismo Escolar | <input type="checkbox"/> Actos Sexuales          | <input type="checkbox"/> Comportamiento de Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento  | <input type="checkbox"/> Comportamiento perturbador | <input type="checkbox"/> Robo               | <input type="checkbox"/> Auto lastimarse/suicida | <input type="checkbox"/> Problemas para ir al baño  |

Otro: \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

SI NO

SI NO

Causó lesiones (bruising/bleeding) a otros en el ultimo mes?   Ubicación escolar esta en peligro? (suspendido, referidos de escuela)

Causó daños materiales significativos (>\$25) en el ultimo mes?   Ubicación en el hogar esta en riesgo?

Esta en riesgo la seguridad de otros por la violencia del cliente   Gestos o intentos suicidas en los últimos 6 meses?

Arrestado o tuvo comportamiento criminal grave en el ultimo mes?   Ingresado en unidad de crisis en los últimos 6 meses?

**SOLO PARA USO DE OFICINA:**

Clinico Asignado: \_\_\_\_\_ Fecha de Asignación: \_\_\_\_\_ Evaluador Licenciado: \_\_\_\_\_