

Fecha:

Información del Niño/Adolescente			
Nombre	Fecha de Nacimiento:	Género F M	SS#
Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado
Escriba el Nombre del padre/Guardián	Firma del Padre/Guardián	Idioma principal Ingles Español Otro	
número de teléfono	Número de contacto alternativo		
Guardian (please select one) Padres Biológico Abuelo Biológico Tía/Tío Biológico Hermano adulto biológico CPS Padre Adoptivo Otro		Estado Civil del tutor (porfavor circule uno) Soltera(o) Casada(o) Divorciado Separado	
Razón por la referencia sin crisis	Grado	Nombre de la Escuela	Distrito Escolar
Información del seguro			
Tipo de Seguro: (Por favor circule uno)			
Medicaid		Ninguno	
Nombre del asegurado: _____		Seguro Privado/CHIP	
Número de ID: _____		Nombre Del Seguro _____	
		Número de Póliza _____	
		Número de grupo _____	
		Número de teléfono de póliza _____	
Emergencias para salud mental, Puede llamar a la Unidad de Crisis: Centro NeuroPsiquiátrico (NPC) al (713) 970-3800 (Habierto 24 horas al día)			
Áreas problemáticas			
Retirado(a) / Comportamiento deprimido Dificultades para dormir Problemas de apetito Preocupado (a)/Ansioso(a) Capacidad de atención limitada Impulsivo(a) Rendimiento escolar Se irrita o se enoja fácilmente Roba, miente, engaña (Circule el que aplica) Falta el respeto o discute		Falta el respeto / discute (Circule el que aplica) Abuso de sustancias Auto-destructivo(a) Provoca fuego / destruye propiedad (Circule el que aplica) Alucinaciones / Delirios (Circule el que aplica) Violento(a) o cruel con los animales Verbalmente / Agresivo(a) (Circule el que aplica) Relation de familia tensa Comportamiento deteriorado en el cuarto de clase Otro (expliqué): _____	
Solicite clasificación para lo siguiente:			
Información y Referencias		Evaluación	
		Asesoramiento familiar o individual	

Referral Source Name:

Email Address:

Number: