

Formulario de Referencia

Envíe este formulario por correo electrónico a yesquivel@upacsd.com Attn: Program Manager o, Fecha: _____

llámenos al 619-481-2652 con la siguiente información para hacer la referencia. Los servicios se pueden proporcionar a través de telesalud o en persona.

El Individuo:

- Al menos 60 años de edad? SI NO
- Confinado en casa o socialmente aislado? SI NO
- ¿Deprimido, abrumado o en riesgo? SI NO
- Teniendo pensamientos suicidas, pensamientos homicidas, ¿o en crisis? SI NO
- Mostrando signos de demencia o cualquier otro tipo de deterioro cognitivo? SI NO
- Tener un episodio psicótico? (alucinaciones, pensamientos extraños, etc.) SI NO
- Actualmente recibe servicios de salud mental? SI NO

INFORMACION DE CONTACTO PARA ADULTO MAYOR

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: ____ Idioma(s): _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DE LA PARTE DE REFERENCIA

Persona que hace la recomendación/Agencia: _____ Telefono: _____

INFORMACION CLINICA

Informe del Cliente de Problema/Meta: _____
¿Medicamentos Psicotrópicos? _____
Problemas de Manejo de Casos Relacionados con la Salud Mental: _____
Cuestiones de Seguridad (mascotas, olores, medio ambiente): _____
Eventos Importantes de la Vida y Limitaciones Físicas (fechas específicas): _____
Información Adicional: _____

¿Antecedentes de Adicción o Uso de Sustancias? DESCONOCIDO NO SI, En Caso Afirmativo, Fecha Aproximada de
Ultimo Uso: ____ / ____ / ____

Sustancia(s) de Elección: _____

Historial de Tratamiento(s) para Drogas/Alcohol o Problemas Concurrentes: _____

Factores de Riesgo: (Intentos de Suicidio, Ideación de Suicidio, Ideación de Homicidio, daños a la propiedad, amenazas,
conductas de riesgo): _____

Person Completing Referral: _____ Date: ____ / ____ / ____

Print Name and Title

PSP Office Use Only

Client #