

*Region V Systems*

**Formulario de Derivación/Referimiento del Programa de Inversión en la Familia y Adolescentes**

1645 'N' Street • Lincoln, NE 68508 • 402-441-4343 • Fax 402-441-4335

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del menor/adulto joven: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ # Seg. Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Cód. Postal: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Situación de Vivienda Actual:  Hogar  Con un familiar  Sin hogar  En refugio  Otro: \_\_\_\_\_

Persona a Cargo del Cuidado/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿El tutor legal ha sido informado de esta derivación?  Sí  No

Referido/derivado por (Persona/Agencia): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Para ser elegible para el programa, el joven/adulto joven debe:** tener menos de 25 años de edad; tener un diagnóstico de salud mental actual o estar dispuesto a completar una evaluación para indicar un diagnóstico; no estar bajo tutela legal del estado al momento de la derivación/referimiento; y estar en riesgo de involucrarse con el sistema de justicia juvenil, lo que puede incluir cometer un delito penal o exhibir problemas de salud conductual en el hogar o la escuela.

**¿El joven/adulto joven tiene un diagnóstico de salud mental?**  Sí  No **Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el diagnóstico y el nombre del médico?** \_\_\_\_\_

**Describe brevemente cualquier problema durante los últimos 3 meses en las siguientes áreas:**

**Escuela/Trabajo** (asistencia, calificaciones, aula especializada o supervisión, capacidad para cumplir las reglas) \_\_\_\_\_

**Hogar** (capacidad para seguir reglas/tareas razonables en el hogar, comportamiento verbal/físico, fuga): \_\_\_\_\_

**Comunidad/Legal** (incluyendo infracciones legales, arrestos, condenas, libertad condicional, conductas peligrosas) \_\_\_\_\_

**Comportamiento hacia los demás** (malas interacciones sociales, malos tratos con personas o animales, intimidación, peleas) \_\_\_\_\_

**Estados de ánimo y emociones** (frecuencia y gravedad de la depresión, ansiedad, baja autoestima, miedos, cambios de estado de ánimo) \_\_\_\_\_

**Autolesiones** (cualquier comportamiento de autolesión o pensamientos o comportamientos suicidas) \_\_\_\_\_

**Uso de sustancias** (frecuencia y gravedad del consumo de alcohol o drogas) \_\_\_\_\_

**Pensamientos** (cualquier pensamiento inusual o problemas de comunicación, incluyendo alucinaciones, paranoia, no verbal) \_\_\_\_\_

**Servicios implementados o derivaciones recientes a apoyo comunitario para jóvenes/adultos jóvenes:** \_\_\_\_\_

<b>FYI USE ONLY:</b> Entered into Fidelity EHR <input type="checkbox"/> Yes <b>Outcome of Referral:</b> <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> TAY Review <input type="checkbox"/> Referral to Community Services <b>Scheduled Screening Date:</b> _____ <b>If Applicable, TAY Review Meeting Date:</b> _____
---