



Fecha de referencia _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Programas para Familias y Jóvenes

420 NE 5th Street, McMinnville, OR 97128 (503) 434-7462 Fax- 503-434-7335

Formulario de referencia para servicios comprehensivos

Referido por (Nombre y agencia a la que usted pertenece): _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró sobre estos servicios comprehensivos? _____

Nombre del joven: _____ Teléfono _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Habla inglés? _____

Padres/Cuidadores _____ Teléfono: _____ ¿Habla inglés? _____

Tutor legal: _____ Teléfono: _____ ¿Habla inglés? _____

Residencia del joven: _____

Explique si hay necesidades lingüísticas y/o culturales específicas: _____

Fortalezas del joven y su familia: _____

¿Qué identifican como sus necesidades el joven y su familia? _____

¿Qué servicios/apoyos se reciben actualmente o se han intentado obtener? _____

Áreas de preocupación:

☐ Uso de drogas y alcohol

☐ Estructura familiar/del hogar

☐ Actividad criminal

☐ Destrezas para crianza de los hijos

☐ Problemas de salud mental

☐ Relaciones familiares

☐ Destrezas individuales

☐ Otra: _____

☐ Destrezas para vivir independientemente en una edad de transición

Agencias participantes:

☐ DHS ☐ Juvenil ☐ Tribunal de Drogas ☐ Lutheran ☐ OYA ☐ Familias y Jóvenes ☐ IEP escolar ☐ DD ☐ Otra _____

☐ El proveedor que hace la referencia ayudará a programar la reunión inicial con el coordinador de cuidados, especialista de apoyo familiar (*family partner*), especialista de apoyo para jóvenes (*youth partner*), el/la joven y la familia para orientarlos sobre los servicios comprehensivos.

☐ Este programa ha sido explicado Y solicitado por el/la joven y su familia.

Para el comité/supervisor(a)/persona a cargo: ☐ Abierto ☐ No abierto ☐ Pendiente

Notas: _____

Asignado al coordinador de cuidados: _____ Firma: _____ *Fecha de apertura: _____

Revisado: Julio 2019 Entregue esta referencia a Zoe Pearson y Karen Brooks de Programas para Familias y Jóvenes



Oregon
Family Support
Network



Criterios de elegibilidad y referencia para servicios comprehensivos

Nombre:	Edad:	Fecha de referencia:
Seguro médico: YCCO _____ Tarjeta abierta de OHP _____ Privado _____ Ninguno _____		
	Comentarios/notas de la persona referida y su familia	Notas de evaluación:
Todas las referencias para servicios comprehensivos deben cumplir con los 5 criterios siguientes		
Participación en varios sistemas como MH, DHS, JJ, DD, médico, ED (IEP o una colocación escolar regular) o en riesgo de participar en varios sistemas para prevenir una mayor desestabilización.		
Evaluación de salud mental activa (dentro de 60 días)		
DX de salud mental activo con LOC C o D		
Por favor, documente por qué las necesidades de coordinación no pueden ser satisfechas por el sistema actual		
La familia/tutor legal y el/la joven tienen un interés y disposición para participar en el proceso de servicios comprehensivos		
Y cumple cuando menos con 1 de los criterios siguientes:		
Su situación de vivienda estable ha sido afectada o está en riesgo de afectarse debido a las necesidades de salud mental/del comportamiento		
Admisión frecuente o inevitable a servicios de tratamiento hospitalario o intensivo		
Riesgo significativo de perder una colocación en una escuela o sitio de cuidados diurnos debido a comportamientos relacionados con necesidades de salud mental		
Riesgo elevado que perturba las actividades de la vida cotidiana		
Sistema de apoyo familiar y factores estresantes del medio ambiente que impactan las actividades de la vida cotidiana		
O el/la joven participa en uno de los siguientes programas y el/la joven y su familia están interesados en participar en un proceso de servicios comprehensivos		
Colocación en un Programa Protegido para Pacientes Adolescentes Internados (SAIP), Programa Protegido para Pacientes Menores de Edad Internados (SCIP)		
Servicios de tratamiento residencial psiquiátrico o un Programa Residencial para Niños Explotados Sexualmente con Fines Comerciales		



Fecha de referencia

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Programas para Familias y Jóvenes

420 NE 5th Street, McMinnville, OR 97128 (503) 434-7462

Consentimiento para una referencia de servicios comprehensivos

Nombre del joven: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Entiendo que mi joven ha sido referido a Servicios Comprehensivos para Familias y Jóvenes y que esto incluye una revisión de los registros sobre mi joven.

El Comité de Revisión para Servicios Comprehensivos se reunirá para decidir si mi joven cumple con los criterios de los programas de servicios comprehensivos. El Comité de Revisión está integrado por colaboradores comunitarios incluyendo los departamentos de Salud Mental, Justicia Juvenil, Bienestar de Menores y Discapacidades del Desarrollo, además de School Partners, Oregon Family Support Partners, ERA, PSU, miembros de familia y tal vez otros colaboradores comunitarios comprometidos.

Yo seré invitado(a) a asistir a la reunión del Comité de Revisión (aunque no tengo requerido asistir). Un especialista de apoyo familiar (*family partner*) y un especialista de apoyo para jóvenes (*youth partner*) se pondrán en contacto conmigo para explicar este proceso y también acompañarme a la reunión del Comité de Revisión si así lo deseo.

El equipo revisará la situación de mi joven y familia en cuanto a nuestras fortalezas, necesidades, apoyos actuales y participación en los sistemas. Ellos decidirán si mi joven cumple con los criterios para recibir servicios comprehensivos. La información que podría ser revisada por el comité incluye registros de salud física y mental, registros escolares y registros de la corte juvenil.

Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, a menos que yo firme un formulario de divulgación de información. La información médica está protegida por las leyes estatales y federales, así como también por las políticas del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Entiendo que mi participación en el proceso de evaluación es voluntaria y que al firmar a continuación doy mi permiso para participar.

Signatura de Joven

Fecha

Signatura o Custodio legal y Relación

Fecha