



COMMUNITY HEALTH SERVICES REFERRAL FORM

"To enable all young people, especially those who need us most, to reach their full potential as productive, caring, responsible citizens."

A) INFORMACIÓN

Persona de referencia/Título:	Agencia:	Fecha:	
Teléfono del trabajo:	Fax:	Correo electrónico:	
Si el niño o la familia se encuentra en una situación de crisis actual -> DETÉNGASE y ayude. Asegúrese de que el niño / familia estén seguros antes de enviar la referencia. Si el niño / familia están seguros, continúe con la referencia.			
Nombre del cliente:	DOB:	Raza/etnia identificada:	Género identificado:
Escuela: N/A:	Distrito:		Grado:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Okay enviar mensajes de text <input type="checkbox"/> Okay dejar mensaje de voz	Hora preferida para llamar:	Idioma:	

B) SI EL CLIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del Guardián:	Relación:	Fecha de nacimiento del Guardián:
----------------------	-----------	-----------------------------------

C) SERVICIOS SOLICITADOS

Necesidades básicas	Salud mental/Diversión	Académico/Educativo
<input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Recursos de vivienda <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Consejería Individual (5 años - 21 años) <input type="checkbox"/> Consejería Individual (22 años y más) <input type="checkbox"/> Consejería Familiar <input type="checkbox"/> Alcohol, Marihuana y Otras Drogas <input type="checkbox"/> Manejo de la ira <input type="checkbox"/> Construcción del carácter <input type="checkbox"/> Educación para delincuentes juveniles	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Clases generales para padres <input type="checkbox"/> Matrícula escolar <input type="checkbox"/> Clases para padres centradas en el absentismo escolar
Motivo de la referencia / presentación de inquietudes (proporcione tantos detalles como sea posible): _____ _____		

D) AUTORIZACIÓN

Autorización del padre/guardián o persona responsable: Por la presente doy mi consentimiento para un intercambio de información confidencial entre BOYS & GIRLS CLUBS OF GARDEN GROVE y las agencias apropiadas con respecto a mi hijo / yo con el fin de mejorar el tratamiento y el seguimiento de la condición para la cual se hace esta referencia.	
Padre/tutor consciente de la referencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: Explique _____	
Firma del padre/tutor o persona responsable: _____	Fecha: _____

SOLO USO DE CHS OFFICE

Fecha de recepción:

Envíe un correo electrónico o escanee esta referencia a CHS@BGCGG.ORG – Para obtener más información sobre nuestros programas y servicios, envíe un correo electrónico o visite nuestro sitio web en www.bgcgg.org