



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 Envíe un correo electrónico o escanee este formulario de referencia a CHS@BGCGG.ORG

Persona que refiere / título:	Agencia	Fecha:	
Número de teléfono de trabajo:	Fax:	Correo Electrónico:	
¿Está el niño(a) o la familia en una situación de crisis actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – DETÉNGASE y ayude primero al niño o la familia en la crisis actual. No envíe una referencia hasta que se haya realizado.			
Nombre del Cliente:	Fecha de Nacimiento:	Raza identificada:	Género Identificado:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	
Tamaño de la familia:	# de niños edades 0 – 8 en la casa:	# de niños edades 9 – 17 en la casa:	
Teléfono Preferido:		Mejor Hora para Llamar:	

B) SI EL CLIENTE ES UN MENOR

Nombre del Guardián:	Relación:	Fecha de Nacimiento del Guardián:
Escuela:	Numero de ID del estudiante (GGUSD solamente):	Grado:

C) SERVICIOS SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> Necesidades básicas Ropa, Comida, Transporte, Personas sin hogar, Medical, Visión, Artículos de Higiene, etc.	<input type="checkbox"/> Salud Mental Consejería, Educación Para Delincuentes Juveniles, Alcohol, Marihuana y otras Drogas, etc.	<input type="checkbox"/> Académico / Educativo Prevención de Ausentismo Escolar, Clases para Padres, Matriculación Escolar, GED, Cuidado de Niños, etc.
Razón de la referencia: _____ _____		

D) AUTORIZACIÓN

Idioma Preferido: Inglés Español Vietnamita Otro:
¿Guardián consciente de la referencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: Explique
Autorización del padre / guardián o persona responsable: Por el presente doy mi consentimiento para el intercambio de información confidencial entre BOYS & GIRLS CLUBS OF GARDEN GROVE y las agencias apropiadas con respecto a mi hijo / yo para mejorar el tratamiento y seguimiento de la condición por la cual se hace esta referencia.
Firma del padre / guardián o persona responsable: _____ Fecha: _____
* Requerido para la referencia a ARCHES

OFFICE USE ONLY

Date Received:	Termed Date:
Referral Received By: _____	
Referred forwarded to: <input type="checkbox"/> ARCHES <input type="checkbox"/> FYOP <input type="checkbox"/> TRC	

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.