**Formulario de Referencia de Care Nav**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***INFORMACIÓN DE CONTACTO*** | | |
| ***Nombre del joven:*** | ***Fecha de nacimiento del joven:*** | ***Idioma preferido:*** |
| ***Número de teléfono del joven:*** | ***Número(s) de teléfono del padre/madre/tutor:*** | ***Método de contacto preferido:***  ***Llamada telefónica***  ***Mensaje de texto***  ***Correo electrónico*** |
| ***Dirección:*** | ***Código postal:*** | ***Condado/Jurisdicción:*** |
| ***Nombre(s) del padre/madre/tutor y correo electrónico(s):*** | | |
| ***Nombre de la Fuente de Referencia, Agencia, Número(s) de teléfono y Correo electrónico(s):*** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***MOTIVO DE LOS SERVICIOS*** | | | | |
| **Motivo del Servicio/s Servicio(s) solicitado(s):** | Salud Mental/Cuidado  Trastorno por Uso de Sustancias (SUD)  Sala de Emergencia (ER)/Crisis  Conductas Desafiantes  Apoyo a la familia  Otro: | | | **Si está marcado como "otro", por favor explique:** |
| **¿El joven está actualmente inscrito en algún otro servicio?** | *Sí  No* | **Si respondió que sí, ¿cuáles servicios?** | | |
| **¿Los jóvenes han usado o accedido a otros servicios en el pasado?** | *Sí  No* | **Si respondió que sí, ¿cuáles servicios?** | | |
| **¿Los jóvenes tienen actualmente seguro médico?** | *Sí  No* | **Si respondió que sí, ¿cuál seguro?** | | |
| **¿Los jóvenes están recibiendo actualmente servicios financiados por CSA?** | *Sí  No* | **¿Dónde accede actualmente el joven a atención médica (médico de cabecera, atención de urgencias, visitas a emergencias, etc.)?** | | |
| **¿El joven tiene actualmente transporte?** | *Sí  No* | ***Si respondió que sí, ¿qué tipo de transporte utiliza (auto, autobús, etc.)?*** | | |
| **Por favor, escribe cualquier información adicional/barreras:** |  | | | |
| **NVFS Conexiones: Los jóvenes se beneficiarían de servicios adaptados para familias inmigrantes que hablan español, con flexibilidad para visitas a domicilio y horarios más tarde.** | | | *Sí  No* | |

**Conéctese con un Navegador de Atención**

**Teléfono**: 703-468-0040

**Correo electrónico**: [youthcarenav@hopelinkbh.org](mailto:youthcarenav@hopelinkbh.org)