**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