

Fecha de Referencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de Referencia de Care Nav**

|  |
| --- |
| ***INFORMAciÓN de Contacto*** |
| ***Nombre:*** | ***Fecha de Nacimiento:*** | ***Idioma Preferido:*** |
| ***Número de Teléfono:*** | ***Correo(s) Electrónico(s):*** | ***Método de Contacto Preferido:***☐ Llamada Telefónica☐ Mensaje de Texto☐ Correo Electrónico |
| ***Direción:*** | ***Código Postal:*** | ***Condado/Jurisdicción:*** |
| ***Nombre(s) y Número(s) de Teléfono del Padre/Tutor (si aplica):*** |
| ***Fuente de Referencia (Auto-referencia, Apoyo Formal/Profesional, Servicios de Salud Mental, Ambulatorio, etc.) (si applica):*** |

|  |
| --- |
| ***Motivo de los Servicios*** |
| **Motivo del Servicio/Servicio(s) Solicitado(s):** |  ☐ Salud Mental/Cuidado ☐ Trastorno por Uso de Substancias (SUD) ☐ Emergencias/Crisis ☐ Comportamientos Desafiantes ☐ Apoyo Familiar: ☐ Otro: | Si marcó “Otro”, por favor explique: |
| **¿Está actualmente inscrito(a) en otros servicios?** |  ☐ Sí |  ☐ No | Si respondió que sí, ¿cuáles servicios? |
| **¿Ha utilizado/accedido a otros servicios en el pasado?** |  ☐ Sí |  ☐ No | Si respondió que sí, ¿cuáles servicios? |
| **¿Actualmente tiene seguro médico?** |  ☐ Sí |  ☐ No | Si respondió que sí, ¿cuál seguro? |
| **¿Dónde accede actualmente a la atención médica (Médico de Cabecera, atención urgente, visitas de emergencia, etc.)?** |  |
| **¿Necesita alguna acomodación especial?** |  ☐ Sí |  ☐ No | Si respondió que sí, ¿qué acomodación(es)  |
| **¿Actualmente tiene transporte?** |  ☐ Sí |  ☐ No | Si respondió que sí, ¿qué tipo de transporte utiliza (auto, autobús, etc.)? |
| **Por favor, escribe cualquier información adicional/barreras:** |  |