A black background with blue and orange dots

Description automatically generated

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:** |  | | | |