

Formulario de Interés y Referencia para Navegación de Cuidados

Fecha de referencia: _____

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 o tutor(es):	Método de contacto preferido:
Dirección:	Código postal:	Condado/Jurisdicción:
Nombre(s) y correo(s) electrónico(s) del padre/madre o tutor(es):		
Nombre de la fuente de referencia, agencia, número(s) de teléfono y correo electrónico:		

MOTIVO DE LOS SERVICIOS			
¿Cuáles son las principales preocupaciones y razones por las que se necesita la referencia?	<input type="checkbox"/> Salud mental/Atención <input type="checkbox"/> Trastorno por Uso de Sustancias <input type="checkbox"/> Sala de Emergencias/Crisis <input type="checkbox"/> Conductas Desafiantes <input type="checkbox"/> Apoyo familiar <input type="checkbox"/> Otro:	Si marcó "otro", por favor explique:	
¿El joven está actualmente inscrito en otros servicios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuáles servicios?	
¿El joven ha utilizado o tenido acceso a otros servicios en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuáles servicios?	
¿El joven tiene actualmente seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿cuál seguro?	
¿El joven está recibiendo actualmente servicios financiados por CSA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde accede actualmente el joven a servicios de salud? (médico de cabecera, atención urgente, visitas a emergencias, etc.)	
¿El joven tiene actualmente transporte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, ¿qué tipo de transporte utiliza (auto, autobús, etc.)?	
¿El joven está dispuesto a participar en servicios de evaluación y referencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven está obligado por la corte a participar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por favor, escribe cualquier información adicional/barreras:			
NVFS Conexiones El joven se beneficiaría de servicios adaptados para familias inmigrantes que hablan español, con flexibilidad para realizar visitas a domicilio y ofrecer horarios más tarde.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Conéctese con un Navegador de Atención

Teléfono: 703-468-0040

Correo electrónico: youthcarenav@hopelinkbh.org