

## Formulario de remisión de la Coordinación Intensiva de Cuidados (ICC)

**ENVÍE UN FAX CON EL FORMULARIO LLENO AL 1-866-313-8448**

Para obtener información, comuníquese con el Coordinador de las ICC/los IHBS de Salud

Conductual del Condado de Alameda (ACBH) a través del (510) 383-5128

*Este formulario **NO** debe usarse para casos abiertos de **Bienestar Infantil**.*

*Los clientes de bienestar infantil deben comunicarse con el Trabajador de Bienestar Infantil en relación con una remisión de Katie A.*

Fecha	Persona que remite	Parentesco con el cliente
N.º de teléfono	Correo electrónico	
Primer nombre del joven	Apellido	Fecha de nacimiento
Dirección del joven	Ciudad	Código postal
N.º de Medi-Cal	N.º de teléfono del joven	
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		
Sexo: <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> Trans. <input type="checkbox"/> Otro	Pronombre preferido:	
Cuidador: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pariente/par. ficticio <input type="checkbox"/> STRTP* <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre del cuidador: _____	N.º tlf.: _____	N.º tlf. altern.: _____
Idioma que prefiere el cuidador: _____	¿Entiende inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del STRTP*: _____		
Persona de contacto en el STRTP*: _____	Fecha de alta planificada: _____	
El niño/joven tiene el alcance completo de Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El cliente tiene entre 0 y 21 años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se necesita una coordinación intensiva de los cuidados y no se puede proporcionar adecuadamente en el marco de los servicios estándar de gestión de casos de salud mental.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

\*Programa Terapéutico Residencial de Corto Plazo (Short Term Residential Therapeutic Program, STRTP).

**Indique si alguno de los siguientes puntos aplica (NOTA: estos no son criterios de elegibilidad). El niño o joven:**

- Recibe o es considerado para servicios intensivos de salud mental, que incluyen, entre otros, a Servicios Terapéuticos Conductuales, Cuidado de Crianza Terapéutico, Estabilización de Crisis, Intervención en Caso de Crisis, o Permanencia en Wrap/el Proyecto.
- Está en un hospital psiquiátrico, en un centro de salud mental de 24 horas o fue dado de alta en los últimos 90 días.
- Ha tenido dos o más hospitalizaciones de salud mental en los últimos 12 meses.
- Ha sido tratado con uno o más medicamentos psicotrópicos durante el año pasado.
- Ha sido detenido de acuerdo con las secciones 601 y 602 del Código de Bienestar e Instituciones, principalmente debido a necesidades de salud mental.
- Recibió Servicios Especiales de Salud Mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) en el último año y se ha informado que ha quedado sin hogar en los últimos seis meses.

**Describe específicamente las circunstancias y los comportamientos del cliente que requieren Coordinación Intensiva de Cuidados más allá de lo que se proporciona en la gestión de casos de salud mental estándar:**

---



---



---

**FACTORES CULTURALES PERTINENTES:** \_\_\_\_\_

**INQUIETUDES INMEDIATAS DE SEGURIDAD/FACTORES DE RIESGO:**

- Daño a sí mismo o a otros
- Joven explotado sexualmente con fines comerciales

Miembros del Equipo del Niño y la Familia (para la fecha de la remisión), si están disponibles			
Miembro del equipo	Nombre	N.º tlf.	Correo electrónico
Madre(s):			
Padre(s):			
Trabajador social:			
Terapeuta:			
Trabajador de Servicios Conductuales Terapéuticos (Therapeutic Behavioral Services, TBS):			
Socio familiar:			
Otro (especifique):			

Comentarios adicionales:

---



---

