**Nombre del referido:** Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.Fecha de nacimiento:Género:

Pronombres:Elija uno.Idioma principal:Nombre del padre/madre/tutor:Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.

**Dirección:** Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.CiudadNúmero telefónico:Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.

Motivo de la solicitud:

**Solicitando una detección para:** **Otros servicios (marque todo lo que aplique)**

Early Assessment and Support Alliance (edad: 12- 27) Plan Individual de Educación / 504

Jóvenes en transición– YAT (edad: 14- 24) Proveedor de atención primaria: Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.

Asistencia integral – WRAP (edad: 0-18) Medicamentos (proporcionados por): Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.

Terapia de interacción con padres e hijos – PCIT (Edad: 2-6) Terapia individual (proporcionada por): Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.

Entrenamiento de Criando con Amor: Promoviendo Armonía y Superación - (CAPAS) (edades 7-17 años)
Youth Villages / Intercept: Haga clic o pulse aquí para ingresar texto.

Referencia del Kids Center a Salud Conductual del Condado de Deschutes (edad:0-17 - incluya material complementario)

**Envolucramiento de múltiples sistemas (por favor marque todo el que aplica):** **Tipo de seguro médico:**

DHS Plan de Salud de Oregon – Pacific Source

Justicia Comunitaria Juvenil / OYA / Libertad condicional / Libertad preparatoria Plan de Salud de Oregon – Tarifa por servicio

Discapacidades de Desarrollo Intelectual Seguro privado

Tratamiento por uso de sustancias (Rimrock/Best Care/Pfeiffer) Sin seguro

**Persona y/o agencia solicitando la detección (por favor con letra de molde):**

Nombre: Haga clic o pulse aquí para ingresar texto. Número telefónico: Haga clic o pulse aquí para ingresar texto. Fecha: Haga clic o pulse para ingresar la fecha.

*(La persona y/o agencia que solicita la evaluación no es responsable por la aprobación o negación de la referencia, el resultado de la referencia ni de ninguna obligación financiera.)*

**Consentimiento para detección**

La evaluación, revisión o valoración requiere el consentimiento del cliente/padre o madre. Detección no garantiza la admisión a los servicios.
Padres/Tutor llena para el niño de 0 a 13 años de edad/ el cliente lo llena si tiene 14 años o mas

Yo doy mi consentimiento en conducir la detección de salud mental marcada anterior.

Yo no doy mi consentimiento en conducir la detección marcada anterior.

**Padre/Guardián FRIMA\_ \_ \_ FECHA\_**

**FIRMA de cliente\_ \_ \_ FECHA**

**Autorización para intercambiar información (adjunta)**

 **Criterio EASA. Debe cumplir todos los siguientes requerimientos:**

Reside en los condados de Deschutes, Jefferson o Crook County

Su coeficiente intelectual debe ser arriba de 70 o aún no está recibiendo servicios de discapacidad del desarrollo.

No más que de 12 meses desde que fue diagnosticado con un trastorno mayor psicótico, si se aplica

Síntomas psicóticos no son conocidas ser causadas por efectos temporales o crónicos del abuso de sustancias o una condición médica conocida.

La persona ha experimentado una decadencia ya sea en lo académico, vocacional, social o en lo personal (sueño, higiene) funcionamiento.

 **Y debe cumplir con uno de los siguientes:**

El individuo ha experimentado un empeoramiento significante o síntomas nuevos en uno o más de las siguientes áreas en el último año:

A. Desorganización en el pensamiento, como evidencia la desorganización del habla y/o escritura. (Ejemplos: conversaciones confusas, no hace sentido, nunca llega al punto, ininteligible).

B. Los comportamientos, el habla o las creencias son poco característicos y/o extraños.

C. Se queja de escuchar voces o sonidos que los demás no escuchan.

D. El individuo siente que las demás personas les están metiendo pensamientos en su cabeza, robando le los pensamientos, creen que otros pueden leer su mente (o viceversa), y/o escuchan sus propios pensamientos en voz alta.

F. Episodios de despersonalización (Ejemplo: Ellos creen que no existen o que sus alrededores no son reales).

G. Sensibilidad agudizada (luces, ruido, etc) y/o está experimentando distorsiones visuales.

H. Incremento de temor, ansiedad o paranoia sin una razón obvia o por una razón desconocida.

**OR**

Historial de familia de 1er grado de familia (hermanos o padres) con un trastorno mayor de psicótico

**Adultos jóvenes en transición criterio**

Reside en el condado de Deschutes

El individuo tiene el plan de salud de Oregon, algún seguro privado o no tiene ninguna forma de seguro

El individuo esta en busca de ayuda en salud mental como razón primaria de su busca de servicios,

Edad- Joven elegible será de los 14 a los 24 años de edad. Jóvenes con la necesidad de tratamiento de salud mental- Jóvenes elegibles se determinarán tener necesidad de tratamiento de salud mental.

Jóvenes con falta de apoyos: Jóvenes que están involucrados con Comunidad de Justicia Juvenil, la autoridad de Oregón de los jóvenes, departamentos de servicios humanos, jóvenes sin hogar y jóvenes con apoyos naturales mínimos.

Transición: El joven transicionando fuera de programas de Wraparound o EASA. Los individuos que no cumplen con la criterio para EASA.

**Wraparound / Criterio de Coordinación del Cuidado Intensivo**

Reside en el condado de Deschutes

El individuo es un miembro capitalizado de Pacific Source Plan de Salud de Oregón o el plan de salud de Oregon “tarjeta abierta”

La familia está dedicada y quiere este nivel de cuidado

Niños y jóvenes hasta la edad de 18 años con dos o más diagnósticos primarios de salud mental.

Riesgo para la colocación fuera del hogar debido a la salud mental (residencia psiquiátrica, rehabilitación conductual, programa residencial infantil por explotación comercial)

Involucramiento de dos o más sistemas con lo siguiente; educación especial, justicia juvenil, servicios de discapacidad del desarrollo, bienestar del niño, salud mental.

Un trastorno de salud mental que no es probable que se resuelva en 6 meses o menos o un tratamiento previo de salud mental no ha tenido éxito

Un episodio serio de salud mental reciente (intento de suicidio o ideas suicidio, deterioro rápido del funcionamiento, hospitalización reciente, ideas de homicidio o acciones).

**Terapia de Interacción para Padres-Hijos (PCIT) y entrenamiento de Criando con Amor: Promoviendo Armonía y Superación (CAPAS)**

Reside en el condado de Deschutes

La familia está dedicada y quiere este nivel de cuidado

Niños de las edades de 6-5 años Terapia de Interacción para Padres-Hijos (PCIT)

Niños de 7-17 años CAPAS