



SMH Referral Cover Sheet

Formulario de Referencia de Padres

Date (Fecha): _____

From (De: _____

Name/Title

Email address (Correo electrónico): _____

Telephone Number(s) (Número de teléfono): _____

Please select one location (Seleccionar lugar):

➤ **North (Norte)**

Valley Clinic | 6651-A Balboa Blvd., Van Nuys, 91406 | Tel: 818-758-2300 | Fax: 818-996-9850

Por favor seleccione si tiene interés en recibir servicios en una de las oficinas indicadas

Kennedy HS (Granada Hills) Telfair ES (Pacoima) Canoga Park ES (Canoga Park)

➤ **West (Oeste)**

Crenshaw Wellness Center | 3206 W. 50th St., Los Angeles, 90043 | Tel: 323-290-7737 | Fax: 323-290-7713

Por favor seleccione si tiene interés en recibir servicios en una de las oficinas indicadas

YES Academy (3140 Hyde Park Blvd., Los Angeles, 90043)

Washington Wellness Center | 1555 West 110th St., Los Angeles, 90047 | Tel: 323-241-1909 | Fax: 323-241-1918

➤ **South (Sur)**

San Pedro Clinic | 704 West 8th St., San Pedro, 90731 | Tel: 310-832-7545 | Fax: 310-833-8580

Locke Wellness Center | 316 111th St., Los Angeles, 90061 | Tel: 323-418-1055 | Fax: 323-418-3964

97th St. Clinic | 439 W. 97th St., Los Angeles, CA, 90003 | Tel: 323-754-2856 | Fax: 323-754-1843

Carson Wellness Center | 270 East 223rd St., Carson, 90745 | Tel: 310-847-7216 | Fax: 310-847-7214

➤ **East (Este)**

Ramona Clinic | 231 S. Alma Ave, Los Angeles, 90063 | Tel: 323-266-7615 | Fax: 323-266-7695

Gage Wellness Center | 2975 Zoe Ave., Huntington Park, 90255 | Tel: 323-826-1520 | Fax: 323-826-1524

Elizabeth LC Wellness Center | 4811 Elizabeth St., Cudahy, 90201 | Tel: 323-271-3650 | Fax: 323-271-3657

Bell Clinic | 7326 S. Wilcox Ave., Cudahy, 90201 | Tel: 323-869-1352 | Fax: 323-271-3657

Maywood Wellness Center | 5800 King Ave., Maywood, 90270 | Tel: 323-826-9499 | Fax: 323-826-1524

➤ **Central (Central)**

Belmont Wellness Center | 180 Union Place, Los Angeles, 90026 | Tel: 213-241-4451 | Fax: 213-241-4465

Por favor seleccione si tiene interés en recibir servicios en una de las oficinas indicadas

Wadsworth ES (981 E. 41st St., Los Angeles, 90011) Marshall SH (3939 Tracy St, Los Angeles, 90027)

Glassell Park ES (2211 W. Ave. 30, Los Angeles, 90065)

Roybal Clinic | 1200 West Colton St., Los Angeles, 90026 | Tel: 213-580-6415 | Fax: 213-241-4465



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD MENTAL

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Quien les recomendó los servicios escolares de Salud Mental?: Escuela Amistad Yo mismo Otro: _____

¿Con quién vive el niño? Padre(s) naturales Padre(s) adoptivo Padre(s) de crianza
 Hogar de crianza grupal Cuidado por un pariente Otro: _____

Nombre del Padre/persona a cargo del cuidado 1: _____ Parentesco: _____

Numero de telefono: hogar: _____ celular: _____ trabajo: _____

Domicilio: _____ ¿Carece de hogar la familia?: Sí No

Nombre del Padre/persona a cargo del cuidado 2: _____ Parentesco: _____

Numero de telefono: hogar: _____ celular: _____ trabajo: _____

Domicilio: _____ ¿Carece de hogar la familia?: Sí No

Idioma(s) que se habla en casa: _____

Indicar si el niño tiene un IEP: Sí No

Indicar si los padres/tutores son miembros del Ejército de EEUU: Sí No

Indicar si el niño recibe Medi-Cal: Sí No No sé Favor de proporcionar # de Medi-Cal, si lo tiene: _____

En la medida de sus conocimientos, indique si su niño ha tenido experiencias con, o sido expuesto a, lo siguiente:

Conductas expuestas de trauma

- Expuesto a violencia en el hogar, abuso, etc.
- Expuesto a violencia en la comunidad, traumas
- Pesadillas, pensamientos impertinentes
- Ansioso, temeroso o de humor irritable
- Inquieto o se agita fácilmente
- Evita lo que le recuerda algún trauma
- Conductas/juego agresivo o sexualizado
- Dificultad para concentrarse

Conducta perturbadora

- Habla excesivamente
- Se levanta de su asiento y se mueve constantemente
- Interrumpe y grita respuestas
- No pone atención, distraído, olvidadizo
- Desorganizado, comete errores por descuido
- Molesto con los demás, culpa a los demás
- Pelea y es agresivo
- Discute y es rebelde

Conductas depresivas

- Triste, deprimido o de humor irritable
- Desesperanza y perspectiva negativa del futuro
- Bajo autoestima, comentarios negativos de sí mismo
- Conductas o pensamientos suicidas
- Cambios de sueño y/o apetito
- Dificultad para concentrarse
- Disminución de interés en actividades
- Motivación escasa o disminuida

Conductas de ansiedad

- Ansioso y temeroso
- Preocupación excesiva
- Dificultad para dormir
- Inquieto y nervioso
- Temores o fobias específicos
- Dificultad para concentrarse
- Conducta dependiente
- Parece estar distraído



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD MENTAL

Favor de informarnos sobre datos significativos del desarrollo social o la familia.

Favor de enumerar otros servicios que su hijo recibe o programas en los que participa su hijo en estos momentos.



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL
SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD MENTAL

Parent/Guardian Acknowledgment Form

Date: _____

I acknowledge that school personnel at _____ School are referring my child to receive mental health services by LAUSD School Mental Health (SMH).

By signing, I agree to allow an LAUSD SMH employee to contact my child's school for information pertaining to this referral.

Parent or Legal Guardian Signature _____

Address _____

Telephone Number _____ Cell Phone _____

Your child has been referred to _____ Clinic/Wellness Center. For any questions or inquiries regarding this
Name of facility on cover page

referral please call _____.
Telephone number

Formulario de autorización del padre/tutor

Fecha: _____

Tengo conocimiento de que el personal de la escuela _____ ha remitido a mi hijo para que reciba servicios de salud mental a través de la oficina de Salud Mental Escolar (SMH, por sus siglas en inglés) del LAUSD.)

Al firmar, doy mi autorización para que un empleado de la oficina SMH del LAUSD se comunice con la escuela de mi hijo en relación con la información relacionada con esta remisión.

Firma del padre o tutor Legal _____

Dirección _____

Número de teléfono _____ Teléfono celular _____

Se ha remitido a su hijo a la Clínica / Centro de Bienestar _____.
Nombre de la instalación en la cubierta

Para cualquier pregunta o inquietud relacionadas con esta remisión sírvase llamar al _____.
Número de teléfono