



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles  
**SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL**  
**SERVICIOS ESCOLAR DE SALUD MENTAL**

## SMH Hoja de Referencia

Formulario de Referencia Propia (12 años de edad y mayores)

FECHA: \_\_\_\_\_

De parte de : \_\_\_\_\_

Nombre/Título

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Seleccionar un lugar:

#### ➤ Norte

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

Por favor seleccione si tiene interés en recibir servicios en la localidad de Valley Clinic Satellite:

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

#### ➤ Oeste

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

Por favor seleccione si tiene interés en recibir servicios en la localidad de Crenshaw Wellness Center Satellite

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

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

#### ➤ Sur

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

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

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

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

#### ➤ 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: 323-826-1520 | Fax: 323-826-1524

#### ➤ 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 la localidad de Clínicas Satélites:

Wadsworth ES (981 E. 41<sup>st</sup> 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 Ángeles  
**SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL**  
**SERVICIOS ESCOLAR DE SALUD MENTAL**

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Quién les recomendó los servicios escolares de Salud Mental?:  Escuela  Amistad  Otro: \_\_\_\_\_

¿Con quien vive?  Padre(s) naturales  Padre(s) Adoptivos  Padre(s) de crianza

Cuidado por un Parientes  Hogar de Crianza en Grupo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Persona a Cargo del Cuidado 1: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono : Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Persona a Cargo del Cuidado 2: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ ¿Carece de hogar la familia? :  Sí  No

Idioma en el que desea recibir el servicio:  inglés  español  Otro \_\_\_\_\_

¿Tienes un IEP?:  Sí  No

¿Son sus padres/tutores miembros del Ejército de EEUU?  Sí  No

¿Cuál es su Cobertura de Seguro Médico?:  Medi-Cal  Privado  No tengo  Otro \_\_\_\_\_

**Indique si a tenido experiencias con, o sido expuesto a, lo siguiente:**

<b>Conductas expuestas de trauma</b>	<b>Conducta perturbadora</b>
<input type="checkbox"/> Expuesto a violencia en la comunidad u otro trauma	<input type="checkbox"/> Hablando excesivamente
<input type="checkbox"/> Pesadillas, pensamientos intrusivos	<input type="checkbox"/> Se levanta de su asiento y se mueve constantemente
<input type="checkbox"/> Ansioso, temeroso o estado de ánimo irritable	<input type="checkbox"/> Interrumpe y deja escapar respuestas repentinamente sin pensarlo
<input type="checkbox"/> Alarmado o fácilmente sobresaltado	<input type="checkbox"/> Inatento, fácilmente distraído, olvidadizo
<input type="checkbox"/> Evita recuerdos traumatizantes	<input type="checkbox"/> Desorganizado, comete errores descuidados
<input type="checkbox"/> Agresivo	<input type="checkbox"/> Iracundo hacia demás personas y culpa a los demás
<input type="checkbox"/> Juego sexualizado o conducta sexualizada	<input type="checkbox"/> Pelea y es agresivo
<input type="checkbox"/> Dificultad concentrándose	<input type="checkbox"/> Argumentativo y desafiante
<b>Conductas depresivas</b>	<b>Conducta de ansiedad</b>
<input type="checkbox"/> Triste, deprimido o estado de animo irritable	<input type="checkbox"/> Ansioso y temeroso
<input type="checkbox"/> Desesperanza, punto de vista negativo hacia el futuro	<input type="checkbox"/> Excesivamente preocupado
<input type="checkbox"/> Baja auto-estima, afirmaciones negativas personales	<input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo
<input type="checkbox"/> Comportamientos o ideas de auto-daños corporales	<input type="checkbox"/> Agitado y al borde
<input type="checkbox"/> Cambios en el dormir y/o cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Fobias y temores específicos
<input type="checkbox"/> Dificultad concentrándose	<input type="checkbox"/> Dificultad concentrándose
<input type="checkbox"/> Disminución en su interés de actividades	<input type="checkbox"/> Conducta dependiente
<input type="checkbox"/> Disminución en o baja motivación	<input type="checkbox"/> Parece estar distraido



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles  
**SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL**  
**SERVICIOS ESCOLAR DE SALUD MENTAL**

**Favor de compartir la razón por la cual busca servicios de salud mental.**

**Favor de informarnos sobre datos importante en el aspecto académico, social y/o información sobre la familia.**



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles  
**SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL**  
**SERVICIOS ESCOLAR DE SALUD MENTAL**

## Información Sobre Consentimiento del Padre/Tutor

Fecha: \_\_\_\_\_

La ley de California dicta que se debe obtener el consentimiento para todos menores de edad que buscan servicios de salud mental, con algunas excepciones.

Favor de marcar una de las siguientes:

\_\_\_\_ Soy menor de 18 años de edad. Favor de comunicarse con mis padres o tutor para programar una cita de admisión.

\_\_\_\_ Tengo 18 años de edad y no deseo que se comuniquen con mis padres o tutor sobre esta referencia. Favor de comunicarse conmigo al \_\_\_\_\_ para programar una cita.

\_\_\_\_ Tengo 18 años de edad o soy mayor y quisiera que se comunicaran con mis padres o tutor para programar una cita.

\_\_\_\_ Soy menor de 18 años de edad y no deseo que se comuniquen con mis padres o tutor para ser notificados sobre esta referencia. Favor de comunicarse conmigo al \_\_\_\_\_.

***Tenga en cuenta que:*** un terapeuta se reunirá con usted una vez para determinar si puede legalmente recibir servicios sin el consentimiento de los padres o tutor. Si no es posible el servicio sin el consentimiento de sus padres o tutor, el terapeuta hablará con usted sobre sus opciones.

Gracias,

Servicios Escolar De Salud Mental