



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

Cubierta de derivación para consejería

Referencia de escuela/comunidad

FECHA : _____

De: _____ Correo electrónico: _____
Nombre/Título

Número(s) de teléfono: _____

Favor de marcar la clínica de salud mental escolar, centro u oficina satélite preferida de la familia y enviar la referencia completa por el correo electrónico de la clínica, que aparece a continuación:

➤ **Norte**

- Balboa Mental Health Center | 6651 Balboa Blvd Van Nuys, California 91406 | correo electrónico: smh.valley@lausd.net
 Columbus Health Center Maclay Wellness Center Panorama High School Kennedy Clinic Telfair Clinic

➤ **Oeste**

- Crenshaw Wellness Center | 3206 W. 50th St., Los Angeles, 90043 | correo electrónico: smh.crenshaw@lausd.net
 YES Academy
 Washington Wellness Center | 1555 West 110th St., Los Angeles, 90047 | correo electrónico: smh.washington@lausd.net

➤ **Sur**

- San Pedro Support Center | 704 West 8th St., San Pedro, 90731 | correo electrónico: smh.sanpedro@lausd.net
 Escuela Secundaria Wilimington
 Locke Wellness Center | 316 111th St., Los Angeles, CA 90061 | correo electrónico: smh.locke@lausd.net
 97th St. Support Center | 439 W. 97th St., Los Angeles, CA, 90003 | correo electrónico: smh.97@lausd.net
 Carson Wellness Center | 270 East 223rd St., Carson, 90745 | correo electrónico: smh.carson@lausd.net

➤ **Este**

- Ramona Support Center | 231 S. Alma Ave, Los Angeles, 90063 | correo electrónico: smh.ramona@lausd.net
 Secundaria El Sereno
 Gage Wellness Center | 2975 Zoe Ave., Huntington Park, 90255 | correo electrónico: smh.gage@lausd.net
 Holmes ES Middleton ES San Miguel Healthy Start Center
 Elizabeth LC Wellness Center | 4811 Elizabeth St., Cudahy, 90201 | correo electrónico: smh.elc@lausd.net
 Maywood Wellness Center localizado en el centro Maywood Center for Enriched Studies
 Bell Support Center | 7326 S. Wilcox Ave., Cudahy, 90201 | correo electrónico: smh.bell@lausd.net

➤ **Central**

- Belmont Wellness Center | 180 Union Place, Los Angeles, 90026 | correo electrónico: smh.belmont@lausd.net
 Escuela Primaria Glassell Park Escuela Preparatoria Marshall
 Roybal Support Center | 1200 West Colton St., Los Angeles, 90026 | correo electrónico: smh.roybal@lausd.net
 Primaria Hooper o primaria Wadsworth (ubicaciones satélite)

Para preguntas sobre cómo completar esta derivación, favor de llamar al 213-241-3840; después de elegir el idioma, elegir la opción 3 para llegar al programa de Clínica y Bienestar. (Clinic and Wellness Program).



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

Favor de llenar todas las secciones de esta referencia. Una referencia incompleta posiblemente retrase los servicios.

INFORMACIÓN INCLUIDA EN EL DIRECTORIO ESTUDIANTIL:

Nombre: _____ FDN: _____ Escuela: _____ Núm. de ID estudiantil: _____

Persona a cargo de la derivación: _____ Posición: _____ Núm. telefónico: _____

El estudiante vive con: Padre(s) Padre(s) Adoptivo(s) Padres de Crianza Temporal Tutor Legal Otro: _____

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

Padre / Persona a cargo del cuidado 1: Número telefónico del hogar: _____ celular: _____ trabajo: _____

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

Padre / Persona a cargo del cuidado 2: Número telefónico del hogar: _____ celular: _____ trabajo: _____

Domicilio del hogar: _____ ¿Está la familia sin hogar?: Sí No

Idioma(s) que se habla en casa: Inglés Español otro _____ Idioma preferido del estudiante: _____

Tipo de cobertura de salud: Medi-Cal # _____ Privado No Asegurado No Se Sabe Otro _____

Actualmente recibe servicios de salud mental para pacientes ambulatorios: Sí no Indeterminado

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____

En los últimos 7 días el estudiante ha sido admitido o dado de alta de: Hospitalización psiquiátrica Centro/campamento de menores

En caso afirmativo, nombre del centro: _____ Fecha proyectada de liberación o dada de alta: _____

Favor de marcar todas las casillas correspondientes

Exposición a traumatismos	Conductas perturbadoras
<input type="checkbox"/> Exposición a violencia en la comunidad <input type="checkbox"/> Lesiones accidentales graves <input type="checkbox"/> Enfermedad/ Trauma médico <input type="checkbox"/> Violencia escolar/ intimidación <input type="checkbox"/> Abuso*** <small>*todo el personal del LAUSD tiene el mandato de reportar sospechas de abuso infantil*</small> <input type="checkbox"/> Duelo <input type="checkbox"/> Separación del padre <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Desorganizado, comete errores por descuido <input type="checkbox"/> Se levanta de su asiento y se mueve constantemente <input type="checkbox"/> Interrumpe y grita respuestas <input type="checkbox"/> No pone atención, distraído, olvidadizo <input type="checkbox"/> Destruye la propiedad <input type="checkbox"/> Molesto con los demás, culpa a los demás <input type="checkbox"/> Agresión física y/o verbal hacia los demás <input type="checkbox"/> Discute y es rebelde
Conductas depresivas	Conductas de ansiedad
<input type="checkbox"/> Triste, deprimido o de humor irritable <input type="checkbox"/> Baja autoestima, y comentarios negativos de sí mismo <input type="checkbox"/> Comportamientos y/o pensamientos de autolesión/suicidas Fecha de finalización de la RARD: _____ ISTAR# _____ Nivel de riesgo actual: <input type="checkbox"/> bajo <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> Cambios de horas de sueño y/o apetito <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> Disminución de interés en actividades <input type="checkbox"/> Motivación escasa o disminuida	<input type="checkbox"/> Preocupaciones o nerviosismo excesivos <input type="checkbox"/> Renuencia a ir a la escuela <input type="checkbox"/> Inquieto y nervioso <input type="checkbox"/> Temores o fobias específicas <input type="checkbox"/> Quejas somáticas como dolores de estómago, latidos cardíacos rápidos o dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> Conducta aferrada <input type="checkbox"/> Parece estar distraído

**Para preocupaciones inmediatas sobre el peligro a sí mismo o dirigido a otros, favor de comunicarse con LA County DMH
 ACCESS al 800-854-7771 o al conmutador de LASSPD (213) 625-6631**

***** todos los empleados del LAUSD tienen la obligación de reportar sospechas de abuso infantil.**



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

Favor de marcar todas las casillas correspondientes

Con respecto a los comportamientos/síntomas (en los últimos 30 días)	Inquietudes escolares
Indicación del uso de sustancias: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Disminución significativa de calificaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conducta sexual inapropiada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ausentismo/mala asistencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Amenazas homicidas/agresivas hacia otros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene un IEP el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de finalización de la RARD: _____ ISTAR# _____	¿Tiene un Plan 504 el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nivel actual de riesgo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto	Intervenciones proporcionadas por la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sospecha de alucinaciones auditivas o visuales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, favor de indicar: _____
Hospitalizaciones psiquiátricas anteriores: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
En caso afirmativo, indicar las fechas: _____	_____

Comentarios adicionales sobre los comportamientos o síntomas del estudiante.

Blank area for additional comments.

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

Blank area for social development and family information.

Favor de identificar cualquier otra derivación que se esté haciendo para este estudiante en este momento.

Blank area for other referrals.

Para preocupaciones inmediatas sobre el peligro a sí mismo o dirigido a otros, favor de comunicarse con LA County DMH

ACCESS al 800-854-7771 o al conmutador de LASSPD (213) 625-6631

***** todos los empleados del LAUSD tienen la obligación de reportar sospechas de abuso infantil.**



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

Parent/Guardian Acknowledgment Form
Formulario de confirmación para padres y estudiantes

Date/fecha: _____

I acknowledge that school/community agency personnel at _____
School/community agency 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 _____

Reconozco que el personal de la escuela/agencia comunitaria en _____
está refiriendo el caso de mi hijo para servicios de salud mental por parte de Servicios Escolares de Salud Mental (SMH) de LAUSD.

Mediante mi firma autorizo que un empleado de la Clínica de Salud Mental del Distrito Unificado de Los Ángeles (SMH LAUSD) se ponga en contacto con la escuela de mi hijo para obtener información relacionada con esta referencia.

Firma del Padre o Tutor _____

Domicilio _____

Número de teléfono _____ Teléfono Celular _____

**Para preocupaciones inmediatas sobre el peligro a sí mismo o dirigido a otros, favor de comunicarse con LA County DMH
ACCESS al 800-854-7771 o al conmutador de LASSPD (213) 625-6631**

***** todos los empleados del LAUSD tienen la obligación de reportar sospechas de abuso infantil.**