



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

Cubierta para canalización de consejería SMH

Referencia Propia (12 años en adelante)

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, el cual 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
 Centro de Bienestar Maywood ubicado en el Centro Maywood para Estudios enriquecidos
 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 referencia: _____ 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 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"/> Bajo 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 en 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 escolar <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 conmutador de LASSPD al (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
Indicios 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 on student behaviors or symptoms.

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

Blank area for providing significant information about social development and/or family.

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

Blank area for identifying any other referrals being made for this student at this time.

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 conmutador de LASSPD al (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

La ley de California dicta que se obtenga el consentimiento de los padres/tutores para todos los menores que buscan servicios de salud mental, con algunas excepciones.

Favor de marcar la opción correspondiente:

Soy menor de 18 años. Favor de contactar a mi padre/tutor para programar una cita de ingreso.

Tengo 18 años o más y no quiero que se contacte a mis padres con respecto a esta derivación. Favor de ponerse en contacto conmigo al _____ para programar una cita de ingreso.

Tengo 18 años o más y me gustaría que se contacte a mis padres/tutores para concertar una cita de admisión.

Soy menor de 18 años y no quiero que mi padre/tutor sea notificado de esta derivación. Favor de ponerse en contacto conmigo al _____. **Nota:** *Un terapeuta se reunirá contigo una ocasión para determinar si puedes recibir servicios legalmente sin el consentimiento de tu padre/tutor. Si no podemos proporcionar el servicio sin su consentimiento, el terapeuta discutirá tus opciones contigo.*

Nombre con letra de molde: _____

Firma: _____

Gracias,

Salud Mental Escolar

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 conmutador de LASSPD al (213) 625-6631
*****todos los empleados del LAUSD tienen la obligación de reportar sospechas de abuso infantil.**