



¿El niño ha tenido una hospitalización psiquiátrica? ¿ si  o no  desconocido\_\_ cómo muchas veces?

Donde? \_\_\_\_\_ las fechas y hora Marcados\_\_\_\_\_ hospitalizados

Razón (es decir. suicida, agresión) \_\_\_\_\_

Nombre de la terapeuta actual & agency \_\_\_\_\_

¿Teléfono (w) \_\_\_\_\_ (célular) cuánto tiempo con este terapeuta? \_\_\_\_\_

Nombre del actual Agencia y psiquiatra \_\_\_\_\_

¿Teléfono (w) \_\_\_\_\_ (célula) cuánto tiempo con este psiquiatra? \_\_\_\_\_

De diagnóstico de salud mental \_\_\_\_\_

¿El niño toma medicación psiquiátrica? \_\_\_\_\_ Medicamentos/La rason \_\_\_\_\_

Cualquier terapia previa o medicamentos intentaron en el pasado? \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño problemas físicos principales? \_\_\_\_\_

¿Esta/era su hijo involucrado en cualquier sistema de agencia?  DJS  Proteccion del bienestar del nino  MCPS  otro  Agencias desconocido

Agencia contacto de la person \_\_\_\_\_ Teléfono (T) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

¿Está definitivamente interesado en servicios intensivos en el hogar de un envolvente, padre o tutor si es elegible?  Si  No

¿Cuidador tiene que interferir con el cuidado de niño (es decir, Salud Mental, física, sustancia relacionada con el uso, finanzas)?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas del cuidador (es decir, recursos, participación, conocimiento, estabilidad de la vivienda mantiene citas)?

\_\_\_\_\_

¿Obtengo el cuidador y el niño a lo largo se llevan bien?

\_\_\_\_\_

Enumere 3 fortalezas que tiene el niño:

\_\_\_\_\_

¿Crees que el niño esta 'en riesgo' de que necesitan una colocación fuera del hogar? ¿Por qué?

\_\_\_\_\_

Una **licencia de médico** (terapeuta, psiquiatra) Evaluado al niño como 'en riesgo' de la colocación de un centro de tratamiento residencial (RTC)? \*  sí  No

\* Terminación de un formulario de recomendación clínica podrá solicitarse con estaplicación si el niño está en riesgo de RTC.

¿Cualquier información adicional que sería útil para nosotros saber?

---

---

---

---

---

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO A  
ATTN: KATHY BOLAND, (LAM) ASOCIADO LCT SUPPORT SPECIALIST  
Correo ELECTRÓNICO: [Kathy.boland@collaborationcouncil.org](mailto:Kathy.boland@collaborationcouncil.org)  
TELÉFONO: 301-354-4910