



Mendocino County
Behavioral Health and Recovery Services
Assisted Outpatient Treatment Referral Form

*****CONFIDENTIAL*****

1120 South Dora, Ukiah, CA 95482
 Phone: (707) 472-2322, Fax: (707) 472-2331
 Referrals can be faxed, phoned, mailed, or dropped off



Individuo Completando la Referencia

Agencia:	Nombre:
Relació a el Candidato:	Teléfono:

Nota importante: La base para ordenar a una persona en el tratamiento ambulatorio asistido no es un modelo médico. Es un modelo legal. La ley y los Tribunales han declarado sistemáticamente que la libertad personal es el derecho más importante que poseemos. El Tribunal está buscando criterios jurídicos específicos que deben cumplirse. El simple hecho de indicar el diagnóstico no cumple con los criterios. Simplemente creer que la persona está enferma y necesita tratamiento psiquiátrico no cumple con los criterios. Los detalles insuficientes y los espacios incompletos pueden retrasar el proceso de referencia. Fecha: ____/____/____

Tratamiento Ambulatorio Asistido – Información del Candidato

Primer Nombre:	Apellido:
También conocido como:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Género:
Idioma:	Raza/Origen Étnico:
Teléfono:	
Dirección:	

(si es desconocido o sin hogar, especifique la ubicación general)

Seguro de Salud: <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:
Beneficios: <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro:
Ingresos: Desde: <input type="checkbox"/> Desconocido
Tutela: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Sí, por favor enumere cuándo/donde:
Abuso de Sustancias: <input type="checkbox"/> Nunca utilizó <input type="checkbox"/> Actualmente usando <input type="checkbox"/> Uso pasado <input type="checkbox"/> Desconocido
Lista de sustancias abusadas y frecuencia de uso:

Tratamiento de Abuso de Sustancias: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor enumere cuándo/donde:

Diagnóstico de Salud Mental:	Nombre de Médico:
-------------------------------------	--------------------------

Acualmente Recibe Servicios: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor identifique al proveedor:

Proveedor de Tratamiento de Salud Mental:	Organización:
--------------------------------------------------	----------------------

Nombre de Médico:	Organización:
--------------------------	----------------------

Cumplimiento de Medicamentos: <input type="checkbox"/> Complaciente <input type="checkbox"/> a Menudo <input type="checkbox"/> a Veces <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Desconocido

Medicamentos Actuales:

Tratamiento Ambulatorio Asistido – Criterios

Número de hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos 36 meses: _____	Por favor enumere las fechas y las razones:
Número de encarcelamientos en	Por favor enumere las fechas y las razones:



**Mendocino County
Behavioral Health and Recovery Services
Assisted Outpatient Treatment Referral Form**

*****CONFIDENTIAL*****

1120 South Dora, Ukiah, CA 95482
Phone: (707) 472-2322, Fax: (707) 472-2331
Referrals can be faxed, phoned, mailed, or dropped off



los últimos 36 meses: _____	
-----------------------------	--

Describe a los riesgos inmediatos y problemas de seguridad de el candidato:

Describe la historia de incumplimiento del tratamiento de el candidato:

Describe que tan improbable es que el candidato sobreviva de forma segura en la comunidad: