

SB163 Referrals ONLY (Non medi-cal)

Child/Youth Name <i>(Nombre del Menor)</i> _____	Referral Date <i>(Fecha)</i> _____
--	--

Referral Information: The information below identifies the name of the individual taking lead responsibility for completing the referral form and what organization they represent. *(La información a continuación identifica que sistema está haciendo la referencia, el nombre del individuo que está llenando la aplicación y ha que agencia pertenece.)*

Referring System *(Check all that apply) (Sistema que lo Refiere (Marque todos los que correspondan))*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Child Welfare
<i>(Dept. de Bienestar para el menor)</i> | <input type="checkbox"/> School - AB2726
<i>(Escuela - AB2726)</i> | <input type="checkbox"/> Probation
<i>(Dept. de Libertad Condicional)</i> |
|--|--|---|

Person Completing Referral <i>(Nombre de la persona que lo refiere)</i> _____	Phone <i>(Telf.)</i> _____
Address: <i>(Dirección)</i> _____	City <i>(Ciudad)</i> _____
E-Mail Address: <i>(Correo Electronico)</i> _____	State <i>(Estado)</i> _____
	Zip Code <i>(Código Postal)</i> _____

Referring Person's Organization *(Check One) (Agencia/organización a la que pertenece quien lo refiere (Marque uno))*

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> CMHS | <input type="checkbox"/> Hospital <i>(Hospital)</i> | <input type="checkbox"/> Police <i>(Policía)</i> |
| <input type="checkbox"/> Day Treatment <i>(Residencial por Día)</i> | <input type="checkbox"/> School <i>(Escuela)</i> | <input type="checkbox"/> Clergy <i>(Clérigo)</i> |
| <input type="checkbox"/> Crisis Line <i>(Línea para casos en Crisis)</i> | <input type="checkbox"/> Foster Parent <i>(Padre de Crianza)</i> | <input type="checkbox"/> Family/Guardian <i>(Familia/Tutor)</i> |
| <input type="checkbox"/> Mental Health/SA Provider
<i>(Proveedor de Salud Mental)</i> | <input type="checkbox"/> Community Agency
<i>(Agencia en la Comunidad)</i> | <input type="checkbox"/> Probation
<i>(Dep. de Libertad Condicional)</i> |
| <input type="checkbox"/> Child Welfare
<i>(Dep. de Bienestar para el menor)</i> | <input type="checkbox"/> Group Home/Residential Treatment
<i>(Residencia para Grupos /Instalación con Tratamiento Residencial)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro):</i> _____ | | |

SB163 Level Criteria/Plus

“Eligible” child/youth meets one of the following *(“Elegible” significa que el menor cumple con)*

- A child/youth who has been adjudicated as either a dependant or ward of the Juvenile Court pursuant to Welfare and Institutions Code Section 300, 601 or 602 and who would be placed in a group home licensed by the California Department of Social Services (CDSS) at a rate classification level (RCL) of 12 or higher. *(El menor que ha sido adjudicado ya sea como dependiente o bajo la tutela judicial del Tribunal de acuerdo a los Códigos 300, 601 o 602 de las Instituciones de Beneficio Social y será colocado en una Residencia para Grupos con licencia del Dep. de Servicios Sociales de California (CDSS) con un grado de clasificación de nivel 12 o mayor (RCL).)*

OR (O)

- A child/youth who would be voluntarily placed (via AB2726 Special Education) in out-of-home care pursuant to Section 7572.5 of the Government Code. *(El niño(a) / adolescente que voluntariamente sea colocado (por vía de Educación Especial AB2726) en cuidados fuera del hogar con relación a la Sección 7572.5 del Código de Gobierno.)*

In addition must meet all of the following *(Además deberá cumplir todos los siguientes requisitos):*

- The child/youth has an Axis I mental disorder pursuant to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (excluding substance abuse as the primary Axis I diagnosis) *(El niño(a) / adolescente deberá estar diagnosticado por un médico calificado, con uno de los trastornos mentales clasificados como “Axis 1” de acuerdo al Manual de Estadísticas Y Diagnóstico de Desordenes Mentales (DSM-IV) (excluyendo como el diagnostico principal Axis 1 el abuso de sustancias tóxicas)).*

AND (Y)

- The mental disorder has been present for more than six months, or is likely to continue for more than one year without treatment *(Que el trastorno mental haya estado presente por mas de seis meses consecutivos, o que sea probable que continúe sin tratamiento por un año).*

AND (Y)

- Has a significant impairment in life functioning *(Que en su vida cotidiana sea un impedimento significativo para su funcionamiento).*

Child/Youth's Name (Nombre del Menor) _____ Race/Ethnicity (Ednicidad o Raza) _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

SSN# (Núm. del SS) _____ Male (Hombre) Female (Mujer)

Foster Parent/Facility Name (if placement) (Familia de Crianza/Nombre de la Instalación en caso que actualmente viva ahí) _____ Phone (Núm. de Telf.) _____

Child/Youth Address (Dirección del Menor) _____ City (Ciudad) _____ Zip Code (Código Postal) _____

Country of Birth (Lugar de nacimiento (país)) _____ State (if U.S.) (Estado, si fue dentro de U.S.A.) _____ County (if CA.) (Si fué en California nombre del condado) _____

Youth's Preferred Language (Idioma que prefiere el menor) _____ Medical Insurance (Seguro Médico) _____

Medi-Cal # _____ CIN # _____ UBH # (if known) _____

Diagnoses (Diagnósticos) _____ Person Making Diagnosis (Nombre de la persona que diagnosticó) _____ Diagnosis Date (Fecha del último diagnóstico) _____

Current Status Checklist (Listado de su condición actual)

Living Situation (Vivienda)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Parental Home (Hogar de los Padres) | <input type="checkbox"/> Shelter (Refugio) | <input type="checkbox"/> Psychiatric Hospital (Hospital Psiquiátrico) |
| <input type="checkbox"/> Foster Family (Familia de Crianza) | <input type="checkbox"/> Polinsky (Centro Polinsky) | <input type="checkbox"/> Relatives' Home (Casa de familiares) |
| <input type="checkbox"/> Juvenile Hall (Correccional) | <input type="checkbox"/> Homeless (Vive en la Calle) | <input type="checkbox"/> Juvenile Detention (Centro de Detención) |
| <input type="checkbox"/> Residential Treatment Facility (Levels 12+) (Instalación Residencial con Tratamiento) | | <input type="checkbox"/> Licensed Group Home (Levels 1-11) (Casa con Licencia para Grupos (Nivel 1-11)) |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro) _____ | | |

School Placement (Situación Escolar)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resource Specialist (Recursos Especializados) | <input type="checkbox"/> Regular Education (Educación Regular) | <input type="checkbox"/> Home Schooling (Estudios en el hogar) |
| <input type="checkbox"/> Non-Public School (Escuela Privada) | <input type="checkbox"/> Special Day Classes (Clases especiales de día) | <input type="checkbox"/> Day Treatment (Servicios de trata-miento de día) |
| <input type="checkbox"/> Has Dropped Out (Abandonó la escuela) | <input type="checkbox"/> Court School (Escuela de la Corte) | <input type="checkbox"/> Home Hospital |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro) _____ | | |

Disability (Discapaci-dades)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> None (Ninguna) | <input type="checkbox"/> Deaf/Hearing Impaired (Sordo / no escucha bien) | <input type="checkbox"/> Physical/Mobility (Física / movilidad) |
| <input type="checkbox"/> Blind (Ciego(a)) | <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities (Discapacidades del desarrollo) | <input type="checkbox"/> Speech (Del Habla) |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro) _____ | | |

Legal Status (Estado Legal)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voluntary (Voluntario) | <input type="checkbox"/> Non-Voluntary (Child Welfare, Probation, etc) (No-Voluntario (Dep. de Bienestar del Menor, Libertad Condicional, etc.)) |
|---|--|

Child/Youth Employment

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Never worked (Nunca ha trabajado) | <input type="checkbox"/> Some Work History (Algún Historial de Trabajo) |
|--|---|

Child/Youth's Name (Nombre del Menor) _____

GUARDIAN 1

Guardian Name <i>(Nombre del Tutor 1)</i>			
First Name <i>(Nombre)</i>	Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i>	Last Name <i>(Apellido)</i>	
<hr/>			
Address <i>(Dirección)</i>	City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Código)</i>
<hr/>			
Home Phone <i>(Telf. en la Casa)</i>	Work Phone <i>(Telf.- Trabajo)</i>	Other Phone <i>(Otro Telf)</i>	
<hr/>			
Preferred Language <i>(Idioma que Ud. Prefiere)</i>	Do you Speak English? <i>¿Habla Ud. Inglés?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No
<hr/>			
Guardian's SS# <i>(#SS del Tutor 1)</i>	Guardian's Birth Date <i>Fecha de Nacimiento del Tutor 1)</i>		
<hr/>			
Legal Parent's Name <i>(if different from guardian) (Nombre Legal del Padre (si es diferente al nombre del Tutor 1))</i>			
<hr/>			
Legal Parent's SS# <i>(#SS del Tutor 1)</i>	Legal Parent's Birth Date <i>(Fecha de Nacimiento del Tutor 1)</i>		

GUARDIAN 2

Guardian Name <i>(Nombre del Tutor 2)</i>			
First Name <i>(Nombre)</i>	Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i>	Last Name <i>(Apellido)</i>	
<hr/>			
Address <i>(Dirección)</i>	City <i>(Ciudad)</i>	State <i>(Estado)</i>	Zip Code <i>(Código)</i>
<hr/>			
Home Phone <i>(Telf. en la Casa)</i>	Work Phone <i>(Telf.- Trabajo)</i>	Other Phone <i>(Otro Telf)</i>	
<hr/>			
Preferred Language <i>(Idioma que Ud. Prefiere)</i>	Do you Speak English? <i>¿Habla Ud. Inglés?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No
<hr/>			
Guardian's SS# <i>(#SS del Tutor 2)</i>	Guardian's Birth Date <i>Fecha de Nacimiento del Tutor 2)</i>		
<hr/>			
Legal Parent's Name <i>(if different from guardian) (Nombre Legal del Padre (si es diferente al nombre del Tutor 2))</i>			
<hr/>			
Legal Parent's SS# <i>(#SS del Tutor 2)</i>	Legal Parent's Birth Date <i>(Fecha de Nacimiento del Tutor 2)</i>		

Child/Youth's Name (Nombre del Menor) _____

Reason for Referral (Razón por lo que se refiere) _____

Child/Youth and Family Strengths (Potenciales del menor y de la familia)

Youth (Menor) - _____

Family (Familia) - _____

Child/Youth and Family Immediate Needs/Risks (Riesgos y necesidades inmediatas del menor y de la familia)

Youth (Menor) - _____

Family (Familia) - _____

Are the Parent(s)/Legal Guardian(s)/Caregiver(s) and Child/Youth willing to participate? Yes (Si) No
(¿Desean participar los padres/tutores legales / persona que lo cuida y el menor?)

Mental Health and Health Information (Información sobre su salud física y

Medical Conditions (Condiciones Médicas)

Physical Disabilities (Discapacidades físicas)

Current Medications (Medicamentos que toma actualmente)

Substance Abuse (Abuso de sustancias prohibidas) Child (Menor) Family (Familia)

Current Mental Health Provider Organization (Organización que le provee servicios de salud mental)

Phone (Tel.)

Provider Name (Nombre del proveedor)

Previous Mental Health Providers (Proveedor anterior)

Education (Educación)

Current School (Escuela escolar)

District (Distrito)

Grade (Grado)

Current Individual Education Plan (IEP) ¿Tiene actualmente un Plan Individualizado de Educación (IEP)? Yes (Si) No

Active to AB2726 (¿Está activo en el programa AB2726?) Yes (Si) No

Educational Strengths and Needs (Aptitudes Educativas y Necesidades)

ATTACH APPROPRIATE DOCUMENTS AS APLICABLE

(i.e., Social Study, IEP, Psychological Evaluations, Mental Health Assessment, Court Reports, etc.)

IF THE CHILD/YOUTH IS CURRENTLY LIVING IN LICENSED GROUP HOME:

Rate Classification Level: (RCL-10, 12, 14) _____ Entrance Date _____

Discharge Placement Goals _____

Expected Discharge Date _____ LGH Contact Person _____

Income Eligibility Information
(Elegibilidad Financiera)

Income information for federal and non-federal eligibility screening (Información financiera para escrutinio de elegibilidad federal y no federal)

1. For children with 2 parents in the home (Para menores con 2 padres viviendo en casa):

Do both parents work or at least one parent work more than 100 hours per month?
(¿Trabajan los dos padres y al menos uno de ellos trabaja mas de 100 horas por mes?)

- Yes (Si); If yes, skip the rest of this page (Si respondió Si pase a la siguiente página)
- No

2. For children with only 1 parent in the home/involved (Para menores con solo uno de los padres viviendo en casa o a cargo de ellos)

A. How many adults _____ and children _____ live in the home?
(¿Cuántos adultos _____ y cuantos niños _____ viven en la misma casa?)

B. Monthly net income \$ _____
(¿Cuánto gana mensualmente? - Cantidad neta (después de todos los descuentos))

C. Source of income (Example: Employment, SSI, SSA, child support, alimony, etc.)
(¿Cuál es la fuente de su ingreso? (Trabaja, Seguro Social, apoyo del gobierno etc. Especifique))

D. Does the parent have assets (real estate other than principal residence, bank accounts, boats, cars, CDs, trusts) over \$1000? (¿Alguno de los padres tiene propiedades con valor mayor de \$1,000.00 (Bienes Raíces además de su residencia [no cuenta su casa], cuentas de banco, dinero en Certificados de Depósito, bote, carro, u otros bienes?)

Yes (Si)

No

E. Child's income (Example: Child support, SSA, etc.)
(¿Recibe el menor/ o para el menor manutención o "incapacidad"?)

F. Child's property (annuity, bank account, CDs, etc.)
(¿Tiene el menor propiedades como cuentas en el banco ya sea en depósito fijo, Certificados de Depósito etc.?)

Print Child's Full Name

Birth Date

Social Security Number

I do hereby consent to the exchange and/or disclosure of information contained in my medical record.

Between Children's Mental Health Services Initiative - and - _____

I understand that the medical records and information to be released may contain information pertaining to mental health, drug and/or alcohol treatment and may also contain confidential HIV (AIDS) related information, including HIV results.

The disclosure of information and records authorized herein is required for the following purpose: To determine eligibility and enrollment into the Children's Mental Health Initiative.

I specifically request that the following information be released:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnosis | <input type="checkbox"/> Physician Orders |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Medication Administration Records |
| <input type="checkbox"/> Mental Health Evaluation | <input type="checkbox"/> Psychiatric Assessment |
| <input type="checkbox"/> History & Physical Examination | <input type="checkbox"/> School Records |
| <input type="checkbox"/> Laboratory Results | <input type="checkbox"/> Legal Information |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Other: |
| <input type="checkbox"/> Psychological Evaluation (Testing) | |
| <input type="checkbox"/> Treatment Plan/Service Plan | <input type="checkbox"/> Limit to these dates |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | |

I may revoke this authorization at any time before the information has been released.

This consent will expire in: Six months One year Other

I may retain a copy of this authorization. (Initial here if you desire a copy.) _____

I agree that a photocopy of fax of this authorization is to be considered as effective as the original.

Signature of Client

Date

Signature of Parent, Guardian, Conservator, or Probation Officer (if minor is a ward)

Date

Signature of Health Care Provider (approving client access to own records)

Date

County of San Diego
Health and Human Services Agency
Children's Mental Health Services
**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF CLIENT INFORMATION**

Client _____
Medical Record No. _____

Nombre completo del menor en letra de imprenta _____

Fecha de Nacimiento _____

Número del Seguro Social _____

Este consentimiento autoriza la copilación, intercambio y divulgación de información y/o datos contenidos en mi historial medico.

Entre Children's Mental Health Services Initiative - y - _____

Entiendo que el historial médico así como la información que se va a divulgar, puede incluir información relacionada con mi salud mental, adicción y/o tratamiento contra drogas y / o alcohol e inclusive puede contener información confidencial relacionada con HIV (SIDA) o resultados de pruebas de HIV (SIDA)

La autorización para la divulgación del historial y datos se requiere para el siguiente propósito: Determinar la elegibilidad e inscripción a la Iniciativa "Children's Mental Health".

Específicamente requiero que la siguiente información sea entregada:

- Diagnóstico
- Dado de Alta - Sumario
- Evaluación de Salud Mental
- Diagnósticos médicos y evaluaciones
- Resultados de laboratorio
- Reportes de consultas
- Evaluaciones Psicológicas (Pruebas)
- Planes de tratamiento / planes de servicios
- Notas del Progreso
- Recomendaciones médicas
- Historial de sus medicamentos
- Diagnóstico y Evaluación Psiquiátrica
- Historial de la Escuela
- Información Legal
- Otros: _____
- Limitado a las siguientes fechas _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de que la información sea divulgada.

Este consentimiento expirará en: Six months One year Other

Yo puedo obtener una copia de la presente autorización. (Ponga sus iniciales si desea obtener una copia) _____

Estoy de acuerdo que una fotocopia o fax de la presente autorización se considerará tan efectiva y valiosa como la original.

Firma del cliente Fecha

Firma del Padre, madre, Tutor, o si el menor es dependiente del tribunal, el Apoderado o del Oficial del Dep. de Libertad Condicional para el Menor Fecha

Firma de la persona que provee cuidados de Salud Proveedor de Salud aprobando el acceso al historial del menor Fecha

<p>County of San Diego Health and Human Services Agency Children's Mental Health Services</p> <p>AUTHORIZATION FOR RELEASE OF CLIENT INFORMATION</p>	<p>Client _____</p> <p>Medical Record No. _____</p>
---	---

Date Committee Received
Packet _____

Date of Committee Review _____

Materials Attached *(Check All That Apply)*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Social Study | <input type="checkbox"/> Mental Health Assessment |
| <input type="checkbox"/> IEP | <input type="checkbox"/> Court Report |
| <input type="checkbox"/> Psychological Evaluation | <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____ |

Financial

Child meets or appears to meet criteria for *(Check One)*

- Non-Federal**
(Yes in 1A, 2A or 2B on Page 3 of Referral Form)
- Federal** *(All Other Responses)*

MediCal *(Check One)*

- Child has MediCal**
- Child Appears to Qualify for MediCal**
(Status Placement Or Income Guidelines)
- Child Appears to not Qualify for MediCal**

Committee's Enrollment Determination

Is the child being enrolled? Yes No

If NO, then reason for deciding not to enroll *(Please check one category below)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Child does NOT meet eligibility criteria | <input type="checkbox"/> Child does NOT meet correct enrollment priorities |
| <input type="checkbox"/> SB163 | <input type="checkbox"/> No current availability |
| <input type="checkbox"/> High Level Non-163 | <input type="checkbox"/> Child does not meet current financial priorities |
| <input type="checkbox"/> Polinsky | <input type="checkbox"/> Child does not meet current demographic priorities |
| <input type="checkbox"/> Sibling of 163 | <input type="checkbox"/> Other <i>(Specify):</i> |
| <input type="checkbox"/> Age | _____ |
| <input type="checkbox"/> Family not interested | _____ |
| <input type="checkbox"/> Other resource more appropriate | |
| <input type="checkbox"/> Other | |

Recommendations Made _____

Eligibility and Enrollment Liaison Assigned _____