



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
División de Servicios Médicos | Servicios de Salud Mental y Bienestar Estudiantil
REFERENCIA A LA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ESCOLAR

Página Inicial de Remisión

Fecha: _____

Nombre de Persona que Llena la Remisión: _____

¿Usted es? (Seleccione uno): ☐ Padre/Madre/Tutor Legal ☐ Estudiante ☐ Personal Escolar/Distrital

Puesto (Sólo para Personal Escolar/Distrital): _____

Correo Electrónico (si es estudiante, use el correo del Distrito): _____

Horario de Clínica, Lunes-Viernes 8am-4:30pm

Por favor entregue la remisión completa en la ubicación que prefiera la familia:

97 th St. Clinic: smh.97@lausd.net	(323) 754-2856	Fax (323) 754-1843
Balboa Student & Family W.C: smh.valley@lausd.net	(818) 758-2300	Fax (818) 996-9850
Belmont Wellness Center: smh.belmont@lausd.net	(213) 241-4451	Fax (213) 241-4465
Carson Wellness Center: smh.carson@lausd.net	(310) 847-7216	Fax (310) 837-7214
Crenshaw Wellness Center: smh.crenshaw@lausd.net	(323) 290-7737	Fax (323) 241-1918
Drew Student and Family WC: smh.drew@lausd.net	(213) 460-6766	Fax (323) 587-3135
Elizabeth Wellness Center: smh.elc@lausd.net	(323) 271-3650	Fax (323) 271-3657
Gage Wellness Center: smh.gage@lausd.net	(323) 826-1520	Fax (323) 826-1524
Locke Wellness Center: smh.locke@lausd.net	(323) 418-1055	Fax (323) 418-3964
Maclay Student and Family W.C: smh.maclay@lausd.net	(818) 794-5280	Fax (818) 794-2580
Ramona Clinic: smh.ramona@lausd.net	(323) 266-7615	Fax (323) 266-7695
San Pedro Clinic: smh.sanpedro@lausd.net	(310) 832-7545	Fax (310) 833-8580
Washington Wellness Center: smh.washington@lausd.net	(323) 241-1909	Fax (323) 241-1918
YES Student & Family Wellness Center smh.yes@lausd.net	(213) 684-6500	Fax (323) 778-7804

Información para el referente: Los servicios se pueden proveer en persona o virtualmente durante las horas de oficina.

**Por favor complete esta remisión en su totalidad. Las remisiones incompletas se devolverán para ser completadas.
Las remisiones se tramitarán dentro de un periodo de 48 horas.**



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
División de Servicios Médicos | Servicios de Salud Mental y Bienestar Estudiantil
REFERENCIA A LA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ESCOLAR

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del Estudiante: _____ Nombre que Prefiere el Estudiante: _____

Identificación del Estudiante: _____ FDN: _____ Género: _____

Escuela: _____ Grado: _____

El estudiante reside con: ☐ Padre/madre(s) ☐ Padre/Madre (s) de Crianza
☐ Tutor Legal ☐ Otra persona: _____

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal ☐ Cuidador(a)

Comunicación: _____
Teléfono en Casa Teléfono Celular Teléfono Laboral

Domicilio Actual: _____
Número/Nombre de Calle, Apartamento, Ciudad, Estado, Código Postal

Correo Elec.: _____ ¿Está familia tiene problemas de vivienda?: ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO SE SABE

Lenguaje(s) que se habla en casa: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____

Lenguaje de preferencia del estudiante: _____

PROVEEDOR DE CUIDADO MÉDICO & TIPO DE SERVICIO:

Seguro de Salud: ☐ Medi-Cal # _____ ☐ Privado ☐ Sin Seguro ☐ No se sabe

☐ Otro: _____

¿En la actualidad recibe servicios de salud mental?: ☐ SÍ _____ ☐ NO ☐ No se sabe
Nombre de Agencia de Salud Mental

Preferencia de Tipo de Servicio:

☐ En persona
☐ Salud Telemental

¿Tiene la familia acceso a tecnología para acceder servicios de salud telemental? ☐ SÍ ☐ No

Selección de Grupo: (Elija Solamente Uno)

- ☐ H.O.P.E. Depresión
☐ H.O.P.E. Ansiedad
☐ H.O.P.E. (Población Especial): _____
☐ C.B.I.T.S. (Trauma)
☐ Duelo y Pérdida



REFERENCIA A LA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ESCOLAR

RAZÓN(ES) DE LA REMISIÓN

- ☐ Dificultad para concentrarse/ se distrae con facilidad
- ☐ Trastornos del sueño/alimentación
- ☐ Conductas agresivas
- ☐ Síntomas de psicosis (por ejemplo, oír voces, alucinaciones visuales, pensamientos ilusorios)
- ☐ Experiencia traumática
- ☐ Interés reducido en actividades/retraimiento/aislamiento
- ☐ Mal estado de ánimo/sentimientos de desesperación/inutilidad
- ☐ Preocupación excesiva/nerviosismo/ansiedad
- ☐ Uso/abuso de sustancias nocivas
- ☐ Ausencias excesivas/negarse a ir a la escuela
- ☐ Dolor emocional/pérdida de un ser querido (explique la situación en líneas posteriores)

INDICADORES DE ALTO RIESGO (Seleccione todos los que aplican).

- ☐ Es un peligro para su propia persona/ideación suicida/conductas de auto-lesiones
- ☐ Es un peligro para otros
- ☐ 5150/5585 reciente (transporte para una situación psiquiátrica) o hospitalización por razones psiquiátricas (proporcione el nombre del lugar y el periodo en líneas posteriores)
- ☐ Se llevó a cabo una evaluación de riesgo Fecha: _____ Nivel de riesgo: _____
Fecha: _____ Nivel de riesgo: _____
- ☐ Plan de Seguridad Completó (por favor anéxelo)
- ☐ Padre/madre/cuidador del niño(a) recibió los folletos correspondientes para padres de las pólizas del distrito (BUL-2637 o BUL-5799) y una copia del plan de seguridad.
- ☐ No se aplica

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si existe el peligro de daño a la propia persona o a otros, comuníquese con

LA County DMH ACCESS (800) 854-7771 o LASPD (213) 625-6631.

Recordatorio, todos los empleados del LAUSD tienen la obligación de reportar cualquier sospecha de abuso infantil a las agencias de protección infantil correspondientes, así como las amenazas o amenazas percibidas de homicidio a las autoridades policíacas.



Distrito Escolar Unificado de Los Angeles
División de Servicios Médicos | Servicios de Salud Mental y Bienestar Estudiantil
REFERENCIA A LA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ESCOLAR

Parent/Guardian Acknowledgement Form
Formulario de Consentimiento del Padre, Madre o Tutor
(Wet or Electronic signature is required/Se debe firmar en persona o electrónicamente)

Date/Fecha: _____

I acknowledge that school/community agency personnel at _____ are referring my child
(Name of School or Community Agency)
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 that may include academic, behavior, and attendance information.

Parent or Legal Guardian Signature _____

Address _____

Telephone Number _____ Cell Phone _____

I am available on _____ at _____ ☐ AM ☐ PM.

Yo otorgo mi consentimiento para que el personal de la escuela/agencia comunitaria _____
(Nombre de la Escuela o Agencia Comunitaria)
remita a mi hijo(a) para recibir servicios de salud mental por medio de la Clínica de Salud Mental del Distrito Escolar Unificado de Los Angeles.

Mi firma autoriza que un empleado de la Clínica de Salud Mental del Distrito Unificado de Los Angeles (LAUSD) se comunique con la escuela de mi hijo para obtener información relacionada a esta remisión, la cual puede incluir información académica, conductual y de asistencia.

Firma del Padre, Madre o Tutor _____

Domicilio _____

Numero de telefono _____ Telefono Celular _____

Estoy disponible de las _____ a las _____ ☐ AM ☐ PM.



Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles
División de Servicios Médicos | Servicios de Salud Mental y Bienestar Estudiantil
REFERENCIA A LA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ESCOLAR

California law requires that parent/guardian consent be obtained for all minors seeking mental health services, with limited exceptions.

Please check one of the following:

- ☐ I am under 18 years of age. Please contact my parent/guardian to schedule an intake appointment.
☐ I am under 18 years old and do not want my parent/guardian to be notified of this referral.

Please contact me at _____.

- ☐ I am 18 years or older and would like to have my parent/guardian contacted to schedule an intake appointment.
☐ I am 18 years or older and am not conserved or under guardianship. I DO NOT want my parents contacted regarding this referral.

Please contact me at _____ to schedule an intake appointment.

I am available on _____ at _____ ☐ AM ☐ PM.

***Note:** a therapist will meet with you one time to determine if you can receive services without the consent of your parent/guardian, in accordance with applicable law. If we are unable to provide the service without their consent, the therapist will discuss your options with you.*

Printed Name: _____

Signature: _____ **Date** _____

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

Por favor marque uno de los siguientes:

- ☐ Soy menor de 18 años. Comuníquese con mi padre/tutor para programar una cita de admisión.
☐ Soy menor de 18 años y no quiero que mi padre/tutor sea notificado de esta referencia.

Por favor, póngase en contacto conmigo en _____.

- ☐ Tengo 18 años o más y me gustaría que se comuniquen con mis padres/tutores para programar una cita de admisión.
☐ Tengo 18 años o más y no quiero que se comuniquen con mis padres con respecto a esta referencia.

Comuníquese conmigo al _____ para programar una cita de admisión.

Estoy disponible el _____ a las _____ ☐ AM ☐ PM.

***Nota:** Un terapeuta se reunirá con usted una vez para determinar si puede recibir servicios legalmente sin el consentimiento de sus padres o tutores. Si no podemos proporcionar el servicio sin dicho consentimiento, el terapeuta analizará sus opciones con usted.*

Nombre Impreso: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____