|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formulario de Referencia |  | **Nombre:** | Apellido, nombre |  | **Fecha:** | mm/dd/yyyy | |  | |
|  | **Domicilio:** | Haga clic aquí para introducir texto |  | **Ciudad:** | Haga clic aquí para introducir texto | |  | |
|  | **Tel:** | (xxx) xxx-xxxx |  | **Dirección de correo electrónico:** | xxxxxxxx@email.com | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  | **¿La mejor hora para localizarlo por teléfono?** (ponga una “X” junto a la respuesta) | | | | | | |  |
|  |  | Mañana: 8a-12p | ☐ |  | |  | |  |
|  |  | Tarde: 12p-5p | ☐ |  | |  | |  |
|  | **¿Cuál es el nombre de la persona que usted está refiriendo a Tratamiento para Pacientes Externos Asistidos?** | | | | | | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  | **¿Cuál es su relación con esa persona?** | |  |  | |  | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  | **¿Por qué está refiriendo a esta persona al programa de Tratamiento para Pacientes Externos Asistidos?** | | | | | | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  | **¿Esta persona está conectada actualmente con tratamiento de salud mental?** (ponga una “X” junto a la respuesta) | | | | | | |  |
|  |  | Sí | ☐ |  | |  | |  |
|  |  | No | ☐ |  | |  | |  |
|  |  | Si es así, indique el nombre y la información de contacto de ese proveedor. | | | | | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Detalles sobre la persona:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *¿Cuáles son los puntos fuertes de esta persona?* | | | |  | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *¿Cuáles son los intereses / las aficiones de esta persona?* | | | |  | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *¿Qué es lo que asusta y calma a esta persona?* | | | |  | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Historial del Tratamiento de Salud Mental:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Historial del tratamiento psiquiátrico en la comunidad (dar fechas, información de contacto, y detalles).* | | | | | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Historial de hospitalizaciones psiquiátricas (dar fechas, información de contacto, y detalles).* | | | | | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Preocupaciones sobre el comportamiento:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *¿Amenazas, intentos, actos de violencia hacia sí mismo(a)?* | | | |  | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *¿Amenazas, intentos, actos de violencia hacia otros?* | | | |  | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *¿Interacciones con las fuerzas del orden (llamadas a la policía, detenciones)?* | | | | | |  |
|  |  | Haga clic aquí para introducir texto | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | \* Tenga en cuenta que un miembro del Equipo de Atención AOT se comunicará con usted para repasar esta información en un (1) día laborable. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |