

# FORMA DE REFERENCIA

## Centro de Recursos Juveniles de Seaside

1136 Wheeler Street, Seaside, CA 93955  
831-899-6871

### Personal de la Oficina de CRJS:

Fecha recibida: \_\_\_\_\_  
Fecha contactado: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
Fecha cerrada: \_\_\_\_\_

**Centro de Recursos Juveniles de Seaside | Horas de Oficina: Lunes-Viernes, 9 AM – 6 PM**

Enviar a [ecuadra@ci.seaside.ca.us](mailto:ecuadra@ci.seaside.ca.us) and [tblack@ci.seaside.ca.us](mailto:tblack@ci.seaside.ca.us)  
y [dgarrett@ci.seaside.ca.us](mailto:dgarrett@ci.seaside.ca.us) o dejar a la CRJS

**Instructions:** Por favor complete la siguiente información si desea referir a un cliente al Centro de Recursos Juveniles de Seaside (CRJS). Usted y/o el cliente/tutor será contactado por un miembro del personal del CRJS sobre los siguientes pasos para programar una cita para iniciar servicios para satisfacer las necesidades del joven y la familia. El Centro de Recursos Juveniles de Seaside (CRJS) es un programa de referencia basado en proporcionar a nuestros jóvenes y a sus familias acceso a una variedad de proveedores de servicios que operan como agencias locales, organizaciones sin ánimo de lucro, grupos religiosos, etc., para apoyar la dinámica de sus hijos/necesidades de la familia y/o retos y otras oportunidades para que ellos prosperen y tengan éxito.

### Referido Por

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_ Como se enteró de CRJS?  
Tel. #: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_  Escuela  Amigo  Anuncio/Folleto  
Título: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  Cliente CRJS  Personal SRJS  
Esta cliente/familia consciente que están siendo referidos?  Sí  No  Conducta Saludable  \_\_\_\_\_  
Notas: \_\_\_\_\_  Depto. de Libertad Condicional

### Cliente Referido

Nombre de cliente: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Actualmente en libertad condicional?  Sí  No Nombre de Oficial: \_\_\_\_\_  
Etnicidad (por favor marque todo lo que aplique):  Afro-Americano  Asiático  Caucásico  Indio  Latino  
 Nativo-Americano  Isleño del Pacifico  Otro: \_\_\_\_\_  
Este cliente está recibiendo servicios de algún otro agencia de condado/ciudad/programas?  Sí  No  
*Si la respuesta es sí, por favor indique:* \_\_\_\_\_

### Guardián de Cliente

Nombre del guardian principal: \_\_\_\_\_  
Idioma principal del guardian: \_\_\_\_\_  
Relacion con el cliente: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Alt. numero de telefono: \_\_\_\_\_

**Notas adicionales, fortalezas o intereses...**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Motivo de Referencia

Calificaciones reprobatorias  Problemas de comportamiento en la escuela  Absentismo escolar  
 Actividad de pandillas  Familia involucrados en pandillas *Notas:* \_\_\_\_\_  
 Involucrados en pandillas  Abuso de sustancias *Sustancias:* \_\_\_\_\_  
 Experimentando con drogas/alcohol  Comportamiento agresivo/actitud *Explique:* \_\_\_\_\_  
 Violento hacia los demás  Aggressive behaviors/attitude *La fecha del último:* \_\_\_\_\_ *¿Hospitalizado?* \_\_\_\_\_  
 Suicidia  Suicidia ideation  Terapia (individual/familiar)  Apoyo académico/intervención  
 Asesoría de drogas/alcohol  Asesoramiento/apoyo de orientación positiva  
 Experiencia laboral/oportunidad  Liderazgo juvenil/programa de desarrollo  
 Otra: \_\_\_\_\_