

# FORMA DE REFERENCIA

## Centro de Recursos Juveniles de Seaside

1136 Wheeler Street, Seaside, CA 93933

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) y [tblack@ci.seaside.ca.us](mailto:tblack@ci.seaside.ca.us)

y [khiggins@ci.seaside.ca.us](mailto:khiggins@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: \_\_\_\_\_ **Notas adicionales, fortalezas o intereses...**  
Idioma principal del guardian: \_\_\_\_\_  
Relacion con el cliente: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Alt. numero de telefono: \_\_\_\_\_

### 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	Historia de intento de suicidio	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: _____		