

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 y tblack@ci.seaside.ca.us

y 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	<i>Notas:</i> _____
Involucrados en pandillas	Abuso de sustancias	<i>Sustancias:</i> _____
Experimentando con drogas/alcohol	Comportamiento agresivo/actitud	<i>Explique:</i> _____
Violento hacia los demás	Historia de intento de suicidio	<i>La fecha del último:</i> _____ <i>¿Hospitalizado?</i> _____
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: _____		