



Teen Health Center, Inc.

P.O. Box 925, Galveston, TX 77553

Teléfono de la Salud Mental: 409.766-5713 FAX: 409.765.5026 Sitio WEB: www.teenhealthcenter.org

FORMA DE REFERENCIA

Fecha: _____ Nombre de le persona recomendando: _____

Relación con el Estudiante: _____ Teléfono: _____

Si no es el padre o madre, he contactado al padre/guardián y hemos discutido la situación sobre el estudiante de abajo: SI o NO

Yo soy el padre/guardián del estudiante/paciente: SI o NO

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo Asignado al Nacer: Masculino Femenino

Identidad de Genero (Opcional): _____ Hispano/Latino Si No

Raza: Blanca Negra Asiática Nativa Americana Isleño del Pacifico Biracial Otro

Escuela: _____ Grado: _____ Numero Móvil del Estudiante: _____

Dirección del Estudiante: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN

Padre/Guardián Nombre: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____

Idioma Principal Hablado: Ingles español Otro (Especificar) _____

RAZON DE LA REFERENCIA

Describe la naturaleza del problema o la razón por la que busca atención para este individuo.

Si cree que esta persona corre peligro de lastimarse a sí misma o/a otros, llame al 911, vaya a la sala de emergencias más cercana, llame a la línea directa de crisis del Gulf Coast Centre al 1-866-729-3848, y/o llame a la línea directa nacional de prevención de suicidios al 1- 800-273-8255. CONFIDENCIAL: Esta comunicación contiene información confidencial. Si recibe esto por error, destruya inmediatamente. Revisado el 16/08/2021

FOR INTERNAL USE ONLY

Handled by: _____

Assigned to: _____

THERAPY PSY BP

DATA: _____

Crisis Information given to Referral Source.