

Youth Outpatient Treatment Program - Referral Form/ Programa de Ambulatorio para Jóvenes - Formulario de referencia

It can get better! We're here to help! Treatment for Substance Use Disorder starts here.

¡Puede mejorar! ¡Estamos aquí para ayudar! El tratamiento de consumo de sustancias comienza aquí.



Is this referral urgent?/ ¿Es urgente esta referencia?

Yes/Sí No

RETURN COMPLETED REFERRAL REQUEST FORM TO/DEVOLVER EL FORMULARIO DE REFERENCIA COMPLETADO A

ATTENTION/ ATENCIÓN	Valley Health Associates	FAX	(831) 424-9717
PHONE/ TELÉFONO	(831) 424-6655	EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO	valleyhealthsalinas@gmail.com
FORM COMPLETED BY/ FORMULARIO COMPLETADO POR	PHONE/ TELÉFONO	DATE/ FECHA	

REFERRING PROFESSIONAL INFORMATION/REFERENCIA DE INFORMACIÓN PROFESIONAL

LAST NAME/ APELLIDO	FIRST NAME AND MI/ NOMBRE Y SEGUNDO NOMBRE
PRACTICE/ORGANIZATION/ PRÁCTICA/ORGANIZACIÓN	SIGNATURE/ FIRMA
ADDRESS CITY, STATE, ZIP/ DIRECCIÓN CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	PHONE/ TELÉFONO
	FAX
	EMAIL/ CORREO ELECTRÓNICO

CLIENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL CLIENTE

LAST NAME/ APELLIDO	FIRST NAME AND MI/ NOMBRE Y SEGUNDO NOMBRE	
DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO	GENDER/ SEXO	
INTERPRETER REQUIRED?/ ¿INTÉRPRETE REQUERIDO?	LANGUAGE REQUIRED/ IDIOMA REQUERIDO	
CLIENT'S ADDRESS CITY, STATE, ZIP/ DIRECCIÓN DEL CLIENTE CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	CELL PHONE/ TELÉFONO CELULAR	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
	May we leave a message on cell?/ ¿Podemos dejar un mensaje en el celular?	
	HOME PHONE/ TELÉFONO DE CASA	May we leave a message at home?/ ¿Podemos dejar un mensaje en casa?
EMAIL/ CORREO ELECTRÓNICO	May we email?/ ¿Podemos enviar un correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
GUARDIAN NAME (if under 18 yr)/ NOMBRE DEL GUARDIÁN (si es menor de 18 años)	GUARDIAN RELATIONSHIP/ RELACIÓN DEL GUARDIÁN	

*Note: Email is not considered to be a confidential medium of communication./ *Nota: el correo electrónico no se considera un medio de comunicación confidencial.

REFERRAL DIAGNOSIS/
DIAGNOSTICO DE
REFERENCIA

ICD-9

TYPE OF INSURANCE (if any)/
TIPO DE SEGURO (si alguna)

COPY OF INSURANCE IS ATTACHED/
COPIA DEL SEGURO ADJUNTA

Yes/Sí No

**REASONS FOR REFERRAL (presenting problems):/
RAZONES PARA LA REFERENCIA (presentando problemas):**

**ANY RELEVANT MEDICAL OR PSYCHIATRIC HISTORY?/
¿ALGUNA HISTORIA MÉDICA O PSIQUIÁTRICA PERTINENTE?**

**ANY HISTORY OF AGGRESSIVE BEHAVIOR AND/OR SELF HARM?/
¿ALGUNA HISTORIA DE COMPORTAMIENTO AGRESIVO Y/O DAÑO MISMO?**

OFFICE USE:/USO DE LA OFICINA:

Initial Appointment Set For Date/Time: /Cita inicial establecida para fecha/hora: _____

Counselor Name: /Nombre del consejero: _____

Counselor Signature /Firma del consejero _____ Date/Fecha _____



Valley Health Associates
 427 Pajaro Street, Suite 4 | Salinas, CA 93901
 (831) 424-6655 ph. (831) 424-9717 fax
 ValleyHealthAssociates.com