



Niñez Temprana ~ Recién nacidos hasta 8 años

Edad Escolar ~ De 8 a 18 años

FECHA DE REFERENCIA: _____	CRITERIOS BÁSICOS
Nombre de Niño/a/Joven: _____	<input type="checkbox"/> El/La Niño/a/Joven y su familia viven en el condado de Multnomah
Fecha de Nacimiento: _____	<input type="checkbox"/> Prioridad para elegibilidad para EI/ECSE (Niñez Temprana Únicamente)
Sexo: _____	<input type="checkbox"/> Prioridad por riesgo de colocación o ya colocado
Información sobre la Referencia:	<input type="checkbox"/> Diagnosticado/a o Condición de Salud Mental diagnosticable
Persona rellenando este formulario/ esta forma: _____	<input type="checkbox"/> Servido por múltiples agencias/sistemas
Agencia (Si corresponde) _____	<input type="checkbox"/> Voluntario/a
Telefono: _____ Extensión: _____	<input type="checkbox"/> Puntuación Joven CASII
FAX: _____ Correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/> La Corte esta involucrada

Razón para referir: Por favor facilite una explicación.

Riesgo o trastorno en casa, Preschool o escuela (marque una): _____

Riesgo de una pobre transición en la escuela: _____

Reforzar y acelerar un plan de retorno al hogar: _____

Necesidad de Coordinación para el cuidado: _____

Insatisfacción con los servicios prestados anteriormente: _____

Preocupaciones sobre el comportamiento del Niño/a/Joven en el hogar y en la escuela:

Crear lazos afectivos/ añadir Preocupaciones:

Diagnostico de Salud Mental:

¿Hay un diagnóstico mental del Niño/a/Joven? Si No

Si la respuesta es NO, hay alguno programado? Si No Cuando: _____

Si la respuesta es Si, Fecha del Diagnóstico: _____ Diagnóstico facilitado por quien: _____

DSM IV: AXIS I _____

AXIS II _____

AXIS III _____

AXIS IV _____

AXIS V _____

Los 5 AXIS deben de ser completados

Información sobre el seguro medico del Niño/a/Joven:

Puntuación CASII:

OHP Privado:

OHP+ Ninguno

Informacion sobre Preescuela/Escuela- El/la Niño/a/Joven participa en:

Preescuela/Escuela: _____ Headstart Cuidado Niño/a/Joven

Grado: _____ Preescuela Privada Grupo de juego

Distrito Escolar: _____ Guardería/Cuidado de día Otro/s _____

Evaluacion sobre educacion:

¿El/la Niño/a/Joven ha sido evaluado por intervención temprana/educación especial? Si No

¿Es El/la Niño/a/Joven elegible? Si No Fecha: _____

Si la repuesta es SI: Tiene el/la Joven el último IEP? Si No Fecha de IEP: _____

Tiene el Niño/a el último IFSP? Si No Fecha de IFSP: _____

Esta el/la Niño/a/Joven bajo la Sección 504? Si No Fecha de la Sección 504: _____

Guardián Legal? _____

Ubicación de la agencia y representante de Wraparound: _____

Dirección: _____

Numero de telefono: _____

Numero de Telefono alternativo: _____

Niño/a/Joven vive con:

Nombre: _____

Relación: _____

Telefono/celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Quiere participar en Wrap Si No

Nombres de los hermanos	Fecha/nacimiento	Vive Con:

Información de la Madre (si vive separada del joven)

Nombre: _____

Telefono/Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____

Quiere participar en Wrap: Si No

Información del Padre (si vive separado del joven)

Nombre: _____

Telefono: _____

Celular o numero alternativo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____

Quiere participar en Wrap: Si No

Información Cultural:

Lenguaje principal del/de la niño/a/joven: _____ Necesita Interpretar: Si No

Lenguaje principal de la familia: _____

Raza etnicidad del/de la niño/a/joven: _____

Raza Etnicidad de la familia: _____

Fortalezas de la familia y el/la joven: *(Valores, Tradiciones, Religiosas/Espirituales, Otro)* _____

Necesidades Linguisticas/Culturales: *(Conexiones Culturales o Recursos de Genero especifico, Auditivas/Visuales, Otro)* _____

Causas de Estres en la Familia:	Actual:	Antecedentes de:	Describe:
Abuso de alcohol/drogas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Violencia - Domestica/Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sin hogar/falta de vivienda estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Salud mental de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Antecedentes Penales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Falta de ingresos estables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Enumere todas las agencias involucradas con la familia: _____

Autorisacion/Firmas:

GUARDIAN LEGAL _____ **FECHA:** _____

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/joven/familia sea considerada para el programa Wraparound, y que sea contactada con informacion adicional.

GUARDIAN LEGAL _____ **FECHA:** _____

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/joven/familia sea considerada para el programa Wraparound, y que sea contactada con informacion adicional.

FUENTE DE REFERENCIA: _____ **FECHA:** _____

Yo declaro que este niño/joven/familia cumple con el criterio y he compartido toda la informacion con el guardian legal.

Formulario de Admicion, y el formulation de liberacion de informacion DEBEN ser completados.

DISPOSICIÓN: ~ A ser llenada por el coordinador de admisiones

FECHA DE ADMICION: _____

Aceptada:	<input type="checkbox"/>
Pendiente:	<input type="checkbox"/>
Rechazada:	<input type="checkbox"/>
Negada:	<input type="checkbox"/>

Razon: _____

Primera fecha de Contacto: _____

Abierto Fecha: _____

Registrado Fecha: _____

Pasos recomendados por la Comité:
