



SOLICITUD DE SERVICIOS

CALM ofrece un continuum de servicios para niños, jóvenes, padres/guardián (incluyendo prenatal), y proveedores comunitarios. CALM no ofrece consejería para parejas ni servicios de comportamiento para el trastorno del espectro autista o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Por favor, visite el sitio web de CALM para obtener más información: www.calm4kids.org

Información del Proveedor de Referencia			
Fecha de Referencia:	Referido por:	Organización:	
Teléfono:	Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Esta referencia se hizo con permiso	
Referido a: <input type="checkbox"/> Santa Barbara sbreferrals@calm4kids.org Teléfono: (805) 965-2376 Fax: (805) 963-6707	<input type="checkbox"/> Santa Maria smreferrals@calm4kids.org Teléfono: (805) 614-9160 Fax: (805) 736-6495	<input type="checkbox"/> Lompoc Lompocreferrals@calm4kids.org Teléfono: (805) 741-7460 Fax: (805) 736-6495	
Áreas de Interés			
Programas de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Educación para Padres	<input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria	<input type="checkbox"/> Terapia
Programas Comunitarios	<input type="checkbox"/> Consulta de Salud Mental Infantil y de la Primera Infancia		<input type="checkbox"/> Desarrollo/Entrenamiento Profesional
Razón para la Referencia:			
Comentarios del Proveedor de Referencia:			
¿El cliente prospectivo está recibiendo servicios en otro lugar? Si es así, ¿qué tipo y dónde?:			
Información del Padre/Guardián (requerido para programas de salud mental)			
Nombre del Padre/Guardián:	Número de Teléfono:	¿Se puede dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se puede enviar un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hora preferida para llamar:
Dirección:		¿Relación con el niño? (si aplica)	Idioma preferido:
Nombre del Padre/Guardián:	Número de Teléfono:	¿Se puede dejar un mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se puede enviar un mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hora preferida para llamar:
Dirección:		¿Relación con el niño? (si aplica)	Idioma preferido:
Información del Niño (si se refiere para servicios)			
Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:	Género:
Seguro Primario: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Sin Seguro			