



Fecha: _____

Localización de Loving Hearts: **Nueva Orleans**

Fuente de Referencia

Agencia/Escuela: _____ Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Guardian/Representante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Información de Medicaid: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Femenino Masculino

Servicios Solicitados (Por favor marquen todas las que apliquen):

Evaluación Inicial

Servicios de Psicoterapia

Manejo de Medicamentos

Asistencia de Cuidado Personal

**POR FAVOR LLAME, ENVÍE UN FAX, O ENVÍE REFERENCIA E
INFORMACIÓN A LA OFICINA LOCAL DE LOVING HEARTS OF LA:**

10040 I-10 Service Rd., Suite C

New Orleans, LA 70127

Teléfono: (504) 821-5220

Fax: (504) 821-6330

Email: referralsnola@lovingheartsofla.com

Esta sección es completada por el Personal de Loving Hearts:

LH Contacto de Admisión: _____ Fecha de contacto inicial con el cliente: _____

Cita Inicial de Evaluación: Si No Si es así, Fecha: _____ Hora: _____

Comentarios: _____

Lista de verificación de síntomas:

Marque todos los síntomas que apliquen

Se queja de dolores / molestias		Calificaciones escolares bajando	
Pasa más tiempo solo		Está deprimido consigo mism@	
Se cansa fácilmente, tiene poca energía		Visitas al médico donde no encuentran nada malo	
Inquiet@, incapaz de sentarse quiet@		Tiene problemas para dormir	
Tiene problemas con l@ maestr@ (s)		Se preocupa mucho	
Menos interesad@ en la escuela		Toma riesgos innecesarios	
Actúa como impulsado por un motor		Se lastima con frecuencia	
Sueña despierto demasiado		Parece divertirse menos	
Se distrae fácilmente		Actúa más joven que los niños de su edad	
Tiene miedo a nuevas situaciones.		No escucha las reglas	
Se siente triste, infeliz		No muestra sentimientos	
Tiene problemas para concentrarse		Molesta de los demás	
Menos interés en los amigos		Culpa a los demás	
Pelea con otr@s		Roba	
Es irritable, enojad@		Miente	
Se siente desesperad@		Le hace daño a los animales	
Ausente de la escuela		Empieza/juega con fuego	

Diagnóstico previo:

Medicación actual:

Servicios de salud mental anteriores: Sí No Donde?

Otras notas:
