

Formulario de derivación del cliente

Envíe por fax el formulario completo a Central Intake (Recepción Central) al 914-347-8859



Fecha de hoy		Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento	
Sexo como aparece en el seguro		Identidad de género	☐ Femenino ☐ Masculino	☐ Mujer transgénero/femenino ☐ Hombre transgénero/masculino	☐ Otro ☐ Opta por no revelarlo		

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a contactarlo de forma rápida y discreta cuando tengamos información importante.

Dirección	Calle Ciudad Estado Código postal						
Tipo de residencia	☐ Residencia privada ☐ Persona sin hogar (en refugio, en la calle o en de la Agencia DSS/ACS) ☐ un centro de vivienda transitoria ☐ Hogar de alojamiento supervisado/acogida ☐ Persona encarcelada ☐ Residencia de ancianos o centro sanitario ☐ Otra:						
Teléfono móvil			☐ Pueden dejar un mensaje - Teléfono móvil	Otro teléfono			☐ Pueden dejar un mensaje - Otro teléfono
Correo electrónico						☐ Correo electrónico compartido	
Idioma preferido				Idioma secundario			
Necesidades especiales de comunicación	☐ Ninguna reportada ☐ Dispositivo de TDD/TTY ☐ Intérprete ☐ Lenguaje de señas ☐ Otra:						
Adaptaciones físicas especiales (Si la respuesta es afirmativa, descríbalas, por favor)							
Nombre del médico de atención primaria					Teléfono: Fax:		

Marque si cualquier de las siguientes opciones se aplican a usted:

☐ Antecedentes	☐ Riesgo de	☐ Alta reciente de tratamiento psiquiátrico o de trastorno	☐ Agresor
☐ Libertad bajo	☐ Tratamiento ambulatorio asistido	☐ Tratamiento comunitario asertivo	☐ Trastorno
☐ Antecedentes de	☐ Tratamiento asistido con	☐ Afecciones de salud crónicas:	
☐ Trastorno concurrente:	☐ Historial o trastorno actual por consumo de sustancias:		

¿El cliente tiene seguro?	☐ Sí ☐ No	Relación con el asegurado			
Non Moun ki Asire a		N.º de identidad/ N.º de	Seguro simplificado		N.º de identidad/ N.º de

Si es diferente de la del cliente, proporcione la siguiente información.

Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		N.º de Seguridad Social	
Nombre del contacto de emergencia		Teléfono		Relación	
				Idioma preferido	

Formulario de derivación del cliente

Envíe por fax el formulario completo a Central Intake (Recepción Central) al 914-347-8859



Dirección	Calle Ciudad Estado Código postal
------------------	---

Formulario de derivación del cliente

Envíe por fax el formulario completo a Central Intake (Recepción Central) al 914-347-8859



Si el cliente es un menor de edad, suministre la siguiente información.

Nombre del padre/de la madre/del tutor		Teléfono		Relación		Idioma preferido	
Dirección	Calle Ciudad Estado Código postal						

Información de la derivación

Fuente de la derivación		Contacto de la derivación	
Motivo principal de la derivación			
Dirección	Calle Ciudad Estado Código postal		
Teléfono		Correo electrónico	

Si corresponde, por favor, llene la siguiente información de la derivación hospitalaria.

¿Ha estado hospitalizado recientemente?	☐ Sí ☐ No	Derivación de los Servicios Integrales de Programas Ambulatorios (COPS, por sus siglas en inglés) (paciente hospitalizado)	☐ Sí ☐ No
Hospital		Fecha del alta	
Se envió la documentación del alta	☐ Sí ☐ No	Si no se ha enviado, ¿cuándo se enviará?	
Está recibiendo medicamentos inyectables	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es afirmativa, próxima fecha límite	
Medicamentos inyectables		Dosis	
Usa Clozaril	☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es afirmativa, próxima extracción de sangre	

Seleccione una ubicación de servicio.

☐ Valley Cottage 104 Route 303 Valley Cottage, NY 10989	☐ White Plains 360 Mamaroneck Ave White Plains, NY 10605	☐ Yonkers 20 South Broadway, Suite 402 Yonkers, NY 10701	☐ OnTrack NY 20 South Broadway, Suite 402 Yonkers, NY 10701
--	---	---	--

Solo para derivaciones escolares

☐ Escuela Intermedia Nyack 98 South Highland Ave Nyack, NY 10960	☐ Escuela Secundaria Nyack 360 Christian Herald Rd	☐ Escuela Intermedia Fieldstone 100 Fieldstone Drive
☐ Escuela Secundaria North Rockland 106 Hammond Road	☐ Extensión de la Escuela Secundaria North Rockland 65 Chapel Street	

Seleccione los servicios que le interesan.

Formulario de derivación del cliente

Envíe por fax el formulario completo a Central Intake (Recepción Central) al 914-347-8859



- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Gestión de la atención/Coordinador | ☐ Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE, por sus siglas en inglés) | ☐ Terapia | |
| ☐ Ayuda de pares | ☐ Servicios de empleo | ☐ Apoyo familiar | ☐ Terapia y gestión de medicamentos |
| ☐ Trastorno por consumo de sustancias / Consejero acreditado para casos de alcoholismo y abuso de sustancias (CASAC, por sus siglas en inglés) (<i>Exclusivamente en la Clínica White Plains</i>) | | | |
| ☐ Terapia y gestión de medicamentos para alguien que ha sido afectado por un ser querido que ha tenido problemas de consumo de sustancias | | | |

Para obtener información sobre todos los servicios y programas que ofrece Greater Mental Health of New York (Mejor salud mental de Nueva York), visítenos en nuestro sitio web: greatermentalhealth.org

Por favor, envíe este formulario por fax al (914) 347-8859, atención: Central Intake (Recepción Central). Si este formulario está incompleto la programación puede retrasarse.