

¿El niño ha tenido una hospitalización psiquiátrica? ¿ si o no desconocido__ cómo muchas veces?

Donde? _____ las fechas y hora Marcados _____ hospitalizados

Razón (es decir, suicida, agresión) _____

Nombre de la terapeuta actual & agency _____

¿Teléfono (w) _____ (célular) cuánto tiempo con este terapeuta? _____

Nombre del actual Agencia y psiquiatra _____

¿Teléfono (w) _____ (célula) cuánto tiempo con este psiquiatra? _____

De diagnóstico de salud mental _____

¿El niño toma medicación psiquiátrica? _____ Medicamentos/La rason _____

Cualquier terapia previa o medicamentos intentaron en el pasado? _____

¿Tiene el niño problemas físicos principales? _____

¿Esta/era su hijo involucrado en cualquier sistema de agencia? DJS Proteccion del bienestar del nino MCPS otro Agencias desconocido

Agencia contacto de la person _____ Teléfono (T) _____ (celular) _____

¿Está definitivamente interesado en servicios intensivos en el hogar de un envolvente, padre o tutor si es elegible? Si No

¿Cuidador tiene que interferir con el cuidado de niño (es decir, Salud Mental, física, sustancia relacionada con el uso, finanzas)?

¿Cuáles son las fortalezas del cuidador (es decir, recursos, participación, conocimiento, estabilidad de la vivienda mantiene citas)?

¿Obtengo el cuidador y el niño a lo largo se llevan bien?

Enumere 3 fortalezas que tiene el niño:

¿Crees que el niño esta 'en riesgo' de que necesitan una colocación fuera del hogar? ¿Por qué?

Una **licencia de médico** (terapeuta, psiquiatra) Evaluado al niño como 'en riesgo' de la colocación de un centro de tratamiento residencial (RTC)? * sí No

* Terminación de un formulario de recomendación clínica podrá solicitarse con estaplicación si el niño está en riesgo de RTC.

¿Cualquier información adicional que sería útil para nosotros saber?

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO A
ATTN: KATHY BOLAND, (LAM) ASOCIADO LCT SUPPORT SPECIALIST
FAX: 301-610-0148
TELÉFONO: 301-354-4910
Correo ELECTRÓNICO: Kathy.boland@collaborationcouncil.org