

Formulario de Referencia del Estudiante

AVISO IMPORTANTE

Este formulario de referencia solo puede ser completado por personal escolar o por afiliados de organizaciones asociadas de TAMMIRA. No derive a estudiantes que puedan estar experimentando un episodio de psicosis aguda, riesgo de hacerse daño a sí mismos (tendencias suicidas) o a otros (tendencias homicidas), o una crisis inmediata. En su lugar, llame de inmediato al 988.

TAMMIRA ofrece apoyo por medio de psicoeducación y evaluaciones de prevención temprana. Nuestras enfermeras registradas brindan educación sobre temas como bienestar mental, manejo de la diabetes y seguridad de los medicamentos. No diagnosticamos afecciones, recetamos medicamentos ni proporcionamos tratamiento.

¿Cuáles son sus fuentes de referencia?

☐ Escuela _____ ☐ Hospital/Clínica _____ ☐ Organización _____

Información del estudiante

Nombre completo del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Grado _____ ID del estudiante _____

Correo electrónico _____

Número de teléfono _____

¿Qué tipo de teléfono o dispositivo usa el estudiante?

☐ iPhone o iPad ☐ Dispositivo Android/móvil ☐ No tiene teléfono móvil ☐ No sé

Para fines de identificación, adjunte una copia escaneada de la identificación con foto del estudiante. Si no tiene una foto en este momento, envíela por correo electrónico a wellness@tammira.com y escriba "[Nombre del estudiante] y Photo ID" en el asunto.

Información del seguro

☐ Sin seguro ☐ Seguro privado ☐ Medi-Cal ☐ Pago de bolsillo ☐ No sé

*Los estudiantes sin seguro aún pueden participar en eventos grupales en vivo.

Información de contacto del padre/madre o tutor legal

Nombre completo _____

Correo electrónico _____

Número de teléfono _____

Domicilio _____

Relación con el menor _____

Idioma preferido _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Información escolar

Nombre de la escuela _____

Dirección de la escuela _____

Nombre del contacto de emergencia de la escuela _____ Número de teléfono _____



Información de quien realiza la referencia

Nombre completo _____

Correo electrónico _____

Número de teléfono _____

Organización asociada afiliada (si corresponde) _____

Su función _____

Detalles adicionales:

☐ Confirmando que tengo la autoridad legal para referir a este estudiante.

¿El estudiante sabe que está siendo referido?

☐ Sí
☐ No
☐ Otro: _____

¿Quién es la persona más indicada en la escuela/clínica/organización para el seguimiento?

Nombre _____ Número de Teléfono _____

Correo electrónico _____

¿A qué áreas se relaciona esta referencia? (Marque todas las que correspondan)

☐ Mente y emociones (bienestar mental)

☐ Ansiedad ☐ Consumo de sustancias
☐ Depresión ☐ Alimentación desordenada
☐ Límites saludables ☐ Relaciones románticas
☐ Apoyo entre pares
☐ Otras inquietudes de salud mental: _____

☐ Amistades y relaciones

☐ Límites saludables ☐ Relaciones románticas
☐ Apoyo entre pares
☐ Otro: _____

☐ Fortalezas y crecimiento (En riesgo positivo)

☐ En cuidado temporal (foster care)
☐ Sin ho ☐ En libertad condicional
☐ Otro: _____

☐ Tecnología

☐ Uso excesivo de redes sociales
☐ Dependencia de la IA ☐ Adicción a videojuegos
☐ Otro: _____

☐ Cuerpo y salud (bienestar físico)

☐ Acondicionamiento físico ☐ Medicamentos
☐ Rutina de sueño ☐ Diabetes ☐ Nutrición
☐ Otro: _____

☐ Comunicación

☐ Comportamiento pro-social
☐ Relaciones familiares
☐ Other: _____

☐ Orientación y apoyo (Mentoría / adulto de confianza)

☐ Paternidad / Crianza ☐ Mentoría
☐ Otro: _____

☐ Identidad y autocuidado (sentido de sí mismo)

☐ Dependencia de la IA ☐ Cuidado de la piel
☐ Autoestima ☐ Ciberacoso ☐ Higiene
☐ Extorsión sexual / captación (grooming)
☐ Otro: _____

