Fecha: _____

Formulario de Referencia del Juventud

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 juventud

Nombre completo del juventud _____

Fecha de nacimiento _____

Grado _____ ID del estudiante _____

Correo electrónico _____

Número de teléfono _____

¿Qué tipo de teléfono o dispositivo utiliza el joven?

☐ 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 juventud. Si no tiene una foto en este momento, envíela por correo electrónico a wellness@tammira.com y escriba “[Nombre del juventud] y Photo ID” en el asunto.

Información del seguro

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

*Los jovenes 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 del hospital

Nombre del hospital _____

Dirección del hospital _____

Nombre del contacto de emergencia del hospital _____ 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:

☐ Confirmo que cuento con la facultad legal para remitir a este joven.

¿El estudiante sabe que está siendo referido?

☐ Sí
☐ No
☐ Otro: _____

¿Quién es la persona más indicada en la escuela, el hospital, la clínica o la organización con la que ponerse en contacto para hacer un 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: _____

AVISO IMPORTANTE

Este formulario de derivación no es para situaciones de crisis. Si el joven presenta psicosis aguda, pensamientos homicidas o intención suicida, llame al 988 de inmediato.