

**Formulario de Referencia**

Envíe este formulario por correo electrónico a [yesquivel@upacsd.com](mailto:yesquivel@upacsd.com) Attn: Program Manager o, Fecha: \_\_\_\_\_  
llámenos al 619-481-2651 con la siguiente información para hacer la referencia. Los servicios se pueden proporcionar  
a través de telesalud o en persona.

**El Individuo:**

- Al menos 60 años de edad? .....  SI  NO
- Confinado en casa o socialmente aislado? .....  SI  NO
- ¿Deprimido, abrumado o en riesgo? .....  SI  NO
- Teniendo pensamientos suicidas, pensamientos homicidas, ¿o en crisis? .....  SI  NO
- Mostrando signos de demencia o cualquier otro tipo de deterioro cognitivo? .....  SI  NO
- Tener un episodio psicótico? (alucinaciones, pensamientos extraños, etc.) .....  SI  NO
- Actualmente recibe servicios de salud mental? .....  SI  NO

**INFORMACION DE CONTACTO PARA ADULTO MAYOR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Idioma(s): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA PARTE DE REFERENCIA**

Persona que hace la recomendación/Agencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION CLINICA**

Informe del Cliente de Problema/Meta: \_\_\_\_\_  
¿Medicamentos Psicotrópicos? \_\_\_\_\_  
Problemas de Manejo de Casos Relacionados con la Salud Mental: \_\_\_\_\_  
Cuestiones de Seguridad (mascotas, olores, medio ambiente): \_\_\_\_\_  
Eventos Importantes de la Vida y Limitaciones Físicas (fechas específicas): \_\_\_\_\_  
Información Adicional: \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de Adicción o Uso de Sustancias?  DESCONOCIDO  NO  SI, En Caso Afirmativo, Fecha Aproximada de  
Ultimo Uso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sustancia(s) de Elección: \_\_\_\_\_

Historial de Tratamiento(s) para Drogas/Alcohol o Problemas Concurrentes: \_\_\_\_\_

Factores de Riesgo: (Intentos de Suicidio, Ideación de Suicidio, Ideación de Homicidio, daños a la propiedad, amenazas,  
conductas de riesgo): \_\_\_\_\_

Person Completing Referral: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Print Name and Title

**PSP Office Use Only**

**Client #**