



ALCOHOL, DRUG & MENTAL HEALTH SERVICES
MANUEL JIMENEZ, M.F.T., DIRECTOR

7200 Bancroft Avenue, Suite 125C
Oakland, California 94605
(510) 667-7545 FAX (888)818-150

CRITERIO DE SELECCIÓN INICIAL PARA ELEGIBILIDAD DE LOS TBS

**POR FAVOR LLENE COMPLETAMENTE Y ADJUNTE EL PLAN ACTUAL DE TRATAMIENTO DE
SALUD MENTAL**

ENVÍE TODOS LOS DOCUMENTOS A:

Andrea Kiefer, LCSW, Coordinadora de TBS

(510) 667-7545

akiefer@acbhcs.org

(888)818-1501 FAX

NOMBRE DEL NIÑO[A]/JOVEN Fecha de nacimiento Grupo étnico M F

¿Medi-Cal completo? sí no (No califica para TBS)

No. DE SEGURO SOCIAL

Membresía de clase certificada. El niño[a]/joven debe cumplir con **UNO** de estos criterios:

- Actualmente está colocado en un hogar grupal y/o instalación de tratamiento cerrada RCL 12 o superior.
- El condado lo está considerando para un hogar grupal y/o instalación de tratamiento cerrada RCL 12 o superior
Firma del trabajador del condado o SMHP responsable _____
- Una hospitalización psiquiátrica en los últimos 24 meses relacionada con la discapacidad presentada actualmente, Fecha(s) de la hospitalización: _____
- Recibió previamente TBS al ser un miembro de una clase certificada, fecha(s) _____
- En riesgo de requerir hospitalización psiquiátrica
Firma del SMHP _____

A llenarse y firmarse por el proveedor con especialidad en salud mental. **Se adjunta el plan actual.**

Servicio Necesario (Indicar uno)

En base a mi juicio clínico existe una muy alta probabilidad de que sin el apoyo adicional a corto plazo de los servicios terapéuticos de conducta este niño/joven:

- Tendrá que colocarse fuera del hogar o en un nivel superior de cuidado residencial, incluyendo cuidado intensivo, debido al cambio en el comportamiento o los síntomas del joven lo cual arriesga la colocación.
- Necesita apoyo adicional para lograr la transición a un nivel de colocación residencial más bajo. Aun cuando el joven pueda estar estable en su ubicación actual se espera un cambio en comportamiento o síntomas y se necesitan los TBS para estabilizar al niño en el nuevo ambiente. (Proporcione los documentos de la página 2)
- Ninguna de las opciones anteriores se aplican (No califica para TBS)

Si el niño[a]/joven está autorizado para TBS, yo estoy de acuerdo en colaborar con el proveedor TBS, esto incluirá contacto telefónico regular. Yo agregaré TBS dentro de mi plan de tratamiento como una intervención. **He adjuntado una copia de mi plan de tratamiento actual para este cliente.**

Firma del proveedor de salud mental

Escriba con letra de molde el nombre del proveedor de salud mental

Teléfono _____

correo electrónico _____

FAX _____

Agencia _____



Información de contacto y Formulario de consentimiento

(Debe enviarse con la remisión)

Los servicios terapéuticos conductuales (TBS, Therapeutic Behavioral Services) son servicios de intervención adjuntos, a corto plazo y personalizados para todos los clientes elegibles de Medi-Cal en todos sus aspectos que reciben servicios de un terapeuta de salud mental primario (SMTP). Estos clientes también tienen problemas emocionales serios y están experimentando un periodo de transición estresante o una crisis en su vida y necesitan un servicio adicional de salud mental, como TBS, para prevenir que se les coloque en un hogar grupal con un Nivel de Clasificación (RCL) entre el 12 y 14 o en una instalación cerrada para el tratamiento de las necesidades de salud mental. TBS también se utiliza para facilitar la transición desde uno de estos niveles a niveles más bajos de atención residencial. El TBS disminuye cuando se indica y se suspende al alcanzar los objetivos conductuales objetivo o cuando no se van a lograr, en base al juicio clínico del proveedor TBS.

Nuestro proveedor TBS, Fred Finch Youth Center, consta de profesionales y para-profesionales. El personal profesional puede tener licencia, pueden ser internistas trabajando para obtener su licencia, o con exención de licencia. Para proporcionar servicios integrados y exhaustivos, la información del cliente puede compartirse basándose en la necesidad de conocimiento para propósitos de supervisión y consultas. También se puede intercambiar la información del cliente entre los participantes de ciertas agencias colaboradoras involucradas en proporcionar servicios exhaustivos como colaboradores de equipo. La información divulgada por usted, el joven, u otro familiar al participar en los servicios en Fred Finch Youth Center generalmente es confidencial, a menos que se apliquen excepciones de confidencialidad. Estas incluyen (pero no se limitan a) reportar la sospecha de abuso infantil o amenazas de violencia expresadas contra uno mismo o hacia una víctima identificable, y ciertas diligencias legales.

Información de contacto**

Escriba **el nombre de la persona/agencia** involucrada en el tratamiento exhaustivo de su niño[a]/joven. Esto permitirá al proveedor TBS hacer el contacto inicial con el equipo de colaboración de tratamiento.

Nombre del niño[a]/joven con letra de molde

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Padre/ Cuidador _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de bienestar infantil (CWW) _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficial de probatoria _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> AB3632/ERMHS Gestor de caso _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Gestor de caso del centro regional _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Personal del hogar grupal _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Personal escolar _____ | Teléfono _____ |
| <input type="checkbox"/> Abogado _____ | Teléfono _____ |

Divulgación de información**

Firme por favor si usted es el padre o representante legal y está autorizando la liberación e intercambio de información con los miembros del equipo de colaboración de Fred Finch Youth Center y los contactos incluidos anteriormente. Esta divulgación permitirá el intercambio de información con los miembros del equipo de colaboración para planificar adecuadamente para los servicios relacionados de TBS. Esta liberación se puede revocar por el que suscribe en cualquier momento y si no se revoca antes, no tendrá vigencia después de un año de la firma de esta liberación.

Nombre del niño[a]/joven con letra de molde

Padre _____ Teléfono _____

Firmado: _____ Escribir nombre en letra de molde: _____
(Padre o representante legal) (Padre o representante legal)

Fecha: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Si el cliente se niega o no está disponible, explique por favor.

Consentimiento para TBS **

Doy mi consentimiento para que _____ reciba Servicios Terapéuticos Conductuales (TBS).

Firmado _____ Escribir nombre _____ Fecha _____
(Padre o representante legal) (En letra de imprenta, Padre o Representante legal)

Este consentimiento está sujeto a la revocación por parte del que suscribe en cualquier momento y si no se revoca antes, terminará después de un año de la fecha en que se firma esta liberación.

****NOTA: Para dependientes del tribunal, solo es necesaria la Información de contacto y el Consentimiento para TBS, no se necesita la firma en la Liberación de información.**