



Internal Use Only

Intake Staff:

Date Completed:

Formulario de Referencia de Coordinación de Atención

Por favor, introduzca la mayor cantidad de información posible.

Envíe a: Person Centered Services, Intake Dept., 1090A Union Road, Suite 260, W. Seneca, NY 14224

FAX: (716) 671-2175 Correo Electrónico: Intake@PersonCenteredServices.com Preguntas? Llame (855) 208-3533

Fecha: _____

Coordinación de la persona que busca servicios de atención

Nombre:		Masculino	Femenino
Dirección:		Seguro Social #:	
Ciudad, Código postal:	Condado:	Fecha de Nacimiento:	
Tipo de residencia (e.d, centro de enfermería, IRA, hogar familiar, etc.):		Numero de TABS:	
		Medicaid? Si #CIN:	
Numero de Teléfono:	Celular?	Teléfono Fijo	Correo Electrónico:
Lenguaje Primario:	Si no es Inglés, ¿la persona tiene asistencia de traducción?		Si No
Si?: Nombre:	Numero de Teléfono:	Agencia (si procede):	
Distrito Escolar de Residencia:			
Escuela más reciente a la que asistió:			

Información de contacto de los padres o tutores

Nombre:	Numero de Teléfono:
Dirección:	Tutor Legal? Si No
Correo Electrónico:	Relación con el individuo:

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Referido Por:	Relación con la persona que busca Coordinación de atención (e.d, médico, maestro, trabajador social, psicólogo escolar, administrador de atención):
Organización:	
Correo Electrónico:	
Number de Teléfono:	

Para preguntas: por favor póngase en contacto con 1-855-208-3533 (llamada gratuita)



Elegibilidad: ¿La persona ha sido diagnosticada con una discapacidad intelectual y/o del desarrollo antes de los 22 años? (Por favor, marque todo lo que corresponda)

Discapacidad Intelectual Parálisis Cerebral Epilepsia/Trastorno convulsivo Disautonomía Familiar	Trastorno del Espectro Autista Otros (Salud Mental, Retraso en el Desarrollo, etc.):
---	---

Deterioro neurológico: (especifique el tipo de deterioro, se puede encontrar una lista de impedimentos neurológicos en www.ninds.nih.gov/disorders)

Lesión cerebral traumática	Espina Bífida	Síndrome de Tourette	Prader Willi
Otros (Especifíquese)			

¿Alguna vez la persona ha recibido servicios y / o determinación de elegibilidad de la Oficina de Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York (OPWDD)? Si No

Si es así, ¿cuándo?

¿La persona se ha puesto en contacto con la puerta principal de OPWDD? Si No Inseguro

Nombre del contacto de la puerta principal

¿Ha asistido la persona a una sesión informativa en la puerta principal? Si No

Nombre:	Relación:	¿Cómo los apoya esta persona?
Nombre:	Relación:	¿Cómo los apoya esta persona?
Nombre:	Relación:	¿Cómo los apoya esta persona?

¿La persona ha experimentado algo de lo siguiente? (marque todo lo que corresponda):

Arrestos/compromisos de Higiene Mental	Registro de delitos sexuales	Tiempo Encárcelado	Libertad Provisional	Órdenes de Protección	Otro	Libertad Condicional
--	------------------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	------	----------------------