



Internal Use Only
 Intake Staff:
 Date Completed:

Formulario de Referencia de Coordinación de Atención

Por favor, introduzca la mayor cantidad de información posible.

Envié 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? Llama (855) 208-3533

Fecha: _____

Coordinación de la persona que busca servicios de atención

Nombre:		Nombre que prefiere que lo(a) llamen:		Pronombres:	
Dirección:			Seguro Social #:		
			Fecha de Nacimiento:		
Ciudad, Código:		Condado:			
Tipo de residencia (e.d, centro de enfermería, IRA, hogar familiar, etc.):			Número de Identificación de TABS:		
			¿Medicaid? <input type="checkbox"/> Si #CIN:		
Número de Teléfono:		<input type="checkbox"/> ¿Celular?		Correo Electrónico:	
		<input type="checkbox"/> ¿Teléfono Fijo?			
Idioma Principal:		Si no es Inglés, ¿Tiene la persona asistencia de traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí: Nombre:		Número de Teléfono:		Agencia (Si aplica):	
Distrito Escolar de Residencia:					
Escuela más reciente a la que asistido:					
La etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Preferir no Especificar		Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Preferir no Especificar			
Genero:					

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



Información de contacto de los padres o tutores

Nombre:	El Menor: ¿Tiene esta persona un tutor además de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro:
Dirección:	Adulto: ¿Tutor Legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Numero de Teléfono:	Relación con el individuo:
Correo Electrónico:	

¿Cómo se enteró 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:	

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)

<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Otros (Salud Mental, Retraso en el Desarrollo, etc.):
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno convulsivo	
<input type="checkbox"/> Disautonomía Familiar	

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

<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática	<input type="checkbox"/> Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> Prader Willi
<input type="checkbox"/> Other (please specify)			

¿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)? Sí No

Si es así, ¿cuándo? _____

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

Nombre del contacto de la puerta principal: _____

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

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

Por favor describa las personas que apoyan al individuo:

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):

<input type="checkbox"/> Arrestos/compromisos de Higiene Mental	<input type="checkbox"/> Tiemp Encárcelado	<input type="checkbox"/> Órdenes de Protección
<input type="checkbox"/> Libertad Condicional	<input type="checkbox"/> Cargos Criminales	<input type="checkbox"/> Registro de delitos sexuales
<input type="checkbox"/> Libertad Provisional	<input type="checkbox"/> Otro:	

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