

**Derivación y
autorización a
Servicios Terapéuticos
del Comportamiento
(TBS)**

NOMBRE/N.º DE HISTORIA CLÍNICA

Proveedor de servicios de atención primaria (persona designada), matrícula

Agencia de referencia

Cargo

Identificación del centro

Identificación del programa

El paquete de derivación debe incluir una copia de los siguientes documentos:

- Evaluación y determinación del nivel de cuidados más reciente, fechada/realizada en los últimos 12 meses.
- Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS), fechado/completado en los últimos 6 meses.
- Lista de problemas y/o nota de gestión de casos para destinatarios específicos (Targeted Case Management, TCM).
- Plan de Acción de la Reunión del Equipo de Niños y Familias (Child & Family Team, CFT) - Plan de Atención al Cliente, si corresponde.

El niño remitido debe cumplir todos los criterios siguientes:

- El niño/joven reúne los requisitos para Medi-Cal de alcance completo en Contra Costa (07).
- El niño/joven cumple con los criterios de necesidad médica.
- El niño/joven está recibiendo otros servicios de salud mental especializados.
- El niño/joven es menor de 21 años.

Elegibilidad para ser miembro de la clase certificada. El niño/joven debe cumplir uno de los siguientes criterios:

- El niño/joven es ingresado en un programa terapéutico residencial a corto plazo (Short-term Residential Therapeutic Program, STRTP) y/o en un centro terapéutico de puertas cerradas para el tratamiento de sus necesidades de salud mental.
- El niño/joven está siendo considerado por el condado para su ubicación en un STRTP y/o un centro terapéutico de puertas cerradas para el tratamiento de las necesidades de salud mental.
- El niño/joven ha sufrido al menos una hospitalización psiquiátrica de urgencia relacionada con la discapacidad que presenta actualmente en los últimos 24 meses.
- El niño/joven está en riesgo de hospitalización psiquiátrica.
- El niño/joven ha recibido previamente servicios de TBS mientras era miembro de la clase.

Criterio de necesidad clínica. A criterio clínico del proveedor de salud mental, es altamente probable que sin el apoyo adicional a corto plazo de los TBS: *(debe marcar al menos uno)*

- El niño/joven necesitará ser colocado fuera de casa, o en un nivel más alto de atención residencial, incluyendo cuidados agudos debido a los comportamientos o síntomas del niño/joven que ponen en peligro la permanencia continua en el centro actual.
- El niño/joven necesitará apoyo adicional de los TBS para la transición a un hogar o a un hogar de acogida o a un nivel inferior de colocación residencial.

¿El cliente participa en CFS? Sí No Condado de jurisdicción _____

Envíe este formulario con el paquete de derivación por correo electrónico seguro a TBS@cchealth.org.
Si tiene alguna pregunta sobre las derivaciones a TBS, póngase en contacto con el coordinador de TBS al:

Teléfono: (925) 521-5742 • Fax: (925) 646-5810
o por correo electrónico: TBS@cchealth.org

Sexo: Masculino Femenino Transgénero No binario Otro _____

Etnia del niño

Dirección actual

Ciudad

Código postal

Escuela del niño

Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social (NSS)

Padre/cuidador (responsable legal)

Número de teléfono

Relación con el niño

Padre/cuidador (responsable legal)

Número de teléfono

Relación con el niño

Describa de forma muy específica y concreta la(s) conducta(s) objetivo que: 1) ponen en riesgo la situación de vida actual, 2) ponen en riesgo la transición a una colocación de nivel más bajo, y/o 3) manifiestan comportamientos que ponen al niño/joven en riesgo de una posible hospitalización psiquiátrica.

¿Tiene su hijo/joven o su cuidador peticiones o necesidades específicas con respecto al idioma, la cultura, la edad o el género del instructor/especialista de TBS?

El TBS nunca es una intervención terapéutica primaria. El TBS se utiliza siempre junto con otros servicios especializados de salud mental, como la terapia individual, la terapia familiar y/o los servicios de asistencia integral (wraparound).

Por favor, facilite los nombres de los miembros del personal, el nombre de la agencia y los números de teléfono que puedan estar involucrados en el tratamiento del niño/joven. Esto le permitirá al especialista/instructor de TBS trabajar en colaboración con los miembros del equipo de tratamiento.

Miembro	Nombre/Agencia (condado para el trabajador social de CFS)	Número de contacto
Psicoterapeuta:		
Psiquiatra:		
Supervisor de libertad condicional:		
Administrador de casos:		
Facilitador de asistencia integral:		
Socio familiar:		
Coordinador de Cuidados Intensivos:		
Servicios intensivos prestados en el hogar:		
Contacto residencial/de colocación:		
Trabajador social de Servicios para Niños y Familias (Children & Family Services, CFS)		
Otra persona/servicio (incluya rol):		
Otra persona/servicio (incluya rol):		

Firma del médico clínico principal (persona designada)

Matrícula/Designación/Cargo

Fecha

Dirección de correo electrónico

Número de fax

Número de contacto adicional

Firma del supervisor del médico clínico (si no tiene matrícula)

Matrícula/Designación/Cargo

Fecha

Firma del padre/cuidador (acuerdo para participar)

Relación con el niño

Fecha

**DERIVACIÓN Y AUTORIZACIÓN A SERVICIOS TERAPÉUTICOS DEL COMPORTAMIENTO
SOLO PARA USO DEL PROGRAMA TBS**

Medi-Cal verificado por: _____
Iniciales

Revisado y aprobado por:

Coordinador del equipo de TBS

Fecha de aprobación

Agencia asignada

Fecha asignada