

INGLÉS
ESPAÑOL

CONSEJERO: _____
FECHA ASIGNADO : _____

**Contra Costa Senior Peer Counseling Program
Referral Form
FAX 925-521-5641**

NOMBRE: _____ TELÈFONO: _____
MEJOR TIEMPO PARA LLAMAR: _____

DOMICILIO: _____
CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

REFERIDO POR: _____ FECHA : _____ TELÈFONO: _____
AGENCIA: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
DOMICILIO DE AGENCIA: _____

HE EXPLICADO EL PROGRAMA CONSEJERÍA PARA PERSONAS MAYORES AL CLIENTE S N

EI CLIENTE HA ACEPTADO, Y HA SOLICITADO CONSEJERÍA S N

Si el cliente no está seguro, por favor no se refiere, pero en su lugar, por favor déles nuestro número 925-521-5653 para llamar cuando estén listos para comenzar la Consejería.

SI EL CLIENTE ESTÁ DE ACUERDO EN TENER CONSEJERÍA, POR FAVOR DESCRIBA SU RAZÓN(ES) EN SUS PROPIAS PALABRAS POR QUÉ LE GUSTARÍA TENER CONSEJERÍA:

MOTIVO DE CONSULTA

- Duelo Alojamiento Ansioso Aisiado Solitario Estado de Salud Pavoroso
- Hostil Depresión Problemas de Familia Desconfiado Bien Orientado
- Tribunal Para Personas Majores Problemas Financieras Confudido Sociable Cambio en la Función Cognitiva Otro

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Estado Civil: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Origen Ètnico _____

Vive solo? Sí No Con Quien? _____

Acceso Desactivado? Sí No Sí, Por favor explicar: _____

Apt. Casa Condominio Casa Mòvil Vivienda para persona mayor B&C SNF

Fumador? Sí No

Animates? Sí No

Usted tienes transporte para reunirse con el consejero? Sí No Describe

SISTEMA DE APOYO ACTUAL(familia, amigos, la iglesia, etc.)

PROBLEMAS MEDICOS (ser especificos)

Mèdico S o N

Seguro Mèdico S o N

Otro Seguro S o N

¿El cliente recibe algún servicio de salud mental? (Consejería, servicios psicológicos) S o N

En caso afirmativo, espere para referirse a la consejería de pares mayores, después de que se completen los servicios psicológicos actuales.

CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN

IMPORTANTE _____
