

RMH Referral

CLINIC SITE: PINEDALE SANGER SELMA REEDLEY KERMAN MENDOTA COALINGA HURON

First Access Date: _____

Client Name: _____

DOB: _____ **Age:** _____ **Gender:** _____

SSN: _____ **Custody Order/Conservatorship:** _____

Primary Language: _____ **Ethnicity:** _____

If a minor, Guardian Name: _____ **Primary Language:** _____

Phone: _____ **Second Phone:** _____

Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Mailing Address: _____

Type of Insurance: _____

Out of County Medi-Cal? YES NO Not Applicable ***(CLERICAL To Verify Medi-Cal for all minors)**

If an Adult referral: **Parole or AB109 Probation?** YES NO UNKNOWN

Urgent? YES NO Court Order? YES NO

If referral is a minor complete this section:

1. Is the minor in the child welfare system? YES NO
2. Is the minor a ward of the court with probation? YES NO
3. Is the minor in a foster home or group home setting? YES NO
4. Is the minor in the process of adoption? YES NO
5. Was the minor adopted out of County? YES NO
6. Are you the custodial representative/legal guardian? YES NO
7. Are both biological parents living in the home with minor? YES NO

Presenting Problem: Why are you interested in mental health services?

RMH DERIVACION

CLINIC SITE: PINEDALE SANGER SELMA REEDLEY KERMAN MENDOTA COALINGA HURON

Fecha: _____

Nombre de el Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____

SSN: _____ Orden de Custodia/Tutelo?: _____

Lenguaje(s) de el Cliente: _____ Etnia: _____

Nombre de Padre(s)/Guardian(s): _____ Lenguaje(s): _____

Número de Telefono: _____ Número de Mensaje: _____

Domicilio de Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Postal: _____

Tipo de Seguro Medico: _____

Seguro Medi-Cal fuera del condado de Fresno? SI NO Not Applicable ***(CLERICAL To Verify Medi-Cal)**

Si el cliente es un adulto: **Parole or AB109 Probation?** SI NO INSEGURO/A

Urgente? SI NO Por orden de la Corte? SI NO

Si los servicios son para un menor de edad, complete esta sección:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿El menor está en el sistema de bienestar infantil? | SI | NO |
| 2. ¿El menor esta debajo del cuidado de la corte con libertad condicional? | SI | NO |
| 3. ¿Está le menor en un hogar de crianza o hogar de grupo? | SI | NO |
| 4. ¿El menor está en proceso de adopción? | SI | NO |
| 5. ¿El menor fue adoptado fuera del condado? | SI | NO |
| 6. ¿Es usted el representante/guardian legal de el menor? | SI | NO |
| 7. ¿Ambos padres biológicos viven en el hogar con el menor? | SI | NO |

¿Por qué está interesado en los servicios de salud mental?
