



Children's Behavioral Health Services Fund Referral Form

dsp.referral@touchstonebh.org

Date of completion: _____
School: _____
School District: _____
Student's full name: _____
Student's name to be called (if different than legal): _____
Student's Pronouns: _____
Student's address: _____
DOB: ___/___/___ Grade: _____ Gender: _____ Student's primary language: _____
Guardian's Name: _____ Relationship to student: _____
Guardian's Primary Language: _____
Name of individual/individuals completing form: _____
Desired location of intake:
 Touchstone Office
 Telehealth (via video conferencing) In home

By marking below, the parent/guardian gives consent to be contacted via the following methods to schedule an initial intake (please check all that apply):

Phone - Please provide all relevant phone numbers: _____
 Email- Please provide primary email address: _____
 Text- Please provide best number to text on: _____

Type of Payment:

AHCCCS Please provide AHCCCS number: _____
 Private Pay (out of pocket/sliding fee scale available)
 Private Insurance
Insurance Provider: _____
Group Number: _____
Plan/ID number: _____

Interested in grant funding (if available and meets eligibility)
 Other (please specify) _____

Referral Information (School official to complete with family/guardian):

Reason for the referral, please check all that apply:

- Unusually sad or depressed mood
- Self-harm
- Suicidal ideation (Note for school, if present please submit as urgent referral)
- Unusual or excessive worry/anxiety
- Trauma

- Hyperactivity (unable to sit still, driven by a motor)
- Impulsivity (not able to make sound decisions, acting without thinking of consequences)
- Inattention (unable to focus)
- Explosive moods (excessive anger outbursts)
- Delinquent behaviors, unlawful behaviors
- Other, please list: _____

Please specify behaviors in detail including intensity/severity:

Please describe when the presenting concern began (Month, year): _____

Please describe how frequently the presenting concern occurs.

- Every day
- Twice a month
- 2-3 times a week
- Monthly
- Once a week

Please mark below the impact of the present concern or behavior

Impacting home (please describe)

Impacting school/work (please describe)

Legal involvement (please describe)

Has the youth/family tried any interventions through the school? (If Yes, please explain)

- Yes _____
- No

Does the family/guardian understand the support they are seeking and the reason for the referral?

- Yes
- No

Is the youth receiving any behavioral health services at another agency?

- Yes
- No

Is there a concern with substance abuse?

- Yes
- No

If yes, please list substance/s, how often: _____

Has the youth recently been hospitalized? (If yes, please explain)

- Yes, _____
- No

Please describe parental responsibility/guardianship agreements/any unique circumstances if applicable: _____

By signing below, you are consenting for the school and Touchstone to coordinate care and share information regarding the referral and referring behaviors initially to schedule the intake.

Parent Signature (Consent for referral to be submitted)

Date

ONLY complete this portion if DCS/SRP-MIC are involved:

--

DCS Case Manager Name: _____ DCS Address and Phone number: _____
DCS Placement Address: _____



Fondo De Servicios de Salud Mental para Niños Forma de Referencia

dsp.referral@touchstonebh.org

Fecha: _____
Escuela: _____
Distrito Escolar: _____
Nombre completo del estudiante: _____
Nombre del estudiante al que se llamará (si es diferente al legal):

Pronombres del estudiante: _____

Dirección del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Grado: _____ Género: _____ Idioma principal del estudiante: _____
Nombre del guardián: _____ Relación con el estudiante: _____
Idioma primario del guardián: _____
Nombre de las personas individuales que completan el formulario: _____
Ubicación deseada de la ingesta:
 Oficina de Touchstone
 Telesalud (a través de videoconferencias) En casa

Al marcar a continuación, el padre/tutor da su consentimiento para ser contactado a través de los siguientes métodos para programar una ingesta inicial (marque todos los que correspondan):

Teléfono - Por favor proporcione todos los números de teléfono relevantes: _____
 Correo electrónico- Proporcione la dirección de correo electrónico principal: _____
 Texto- Proporcione el mejor número al texto en: _____

Tipo de pago:

AHCCCS
Por favor proporcione el número de AHCCCS: _____
 Pago privado (de bolsillo/escala de tarifa deslizante disponible) o seguro privado
Proveedor de seguros: _____
Número de grupo: _____
Número de plan/ID: _____
 Interesado en subvenciones (si está disponible y cumple con los requisitos)
 Otros (Sírvese especificar) _____

Información de referencia (funcionario de la escuela para completar con la familia / tutor):

Motivo de la referencia, por favor marque todos los que aplican:
 Estado de ánimo inusualmente triste o deprimido

- Autolesiones
- Ideación suicida (Nota para la escuela, si está presente por favor envíe como referencia urgente)
- Preocupación/ansiedad inusuales o excesivas
- Trauma
- Hiperactividad (incapaz de permanecer quieto, impulsado por un motor)
- Impulsividad (no es capaz de tomar decisiones acertadas, actuando sin pensar en las consecuencias)
- Falta de atención (incapaz de enfocar)
- Estados de ánimo explosivos (estallidos excesivos de ira)
- Comportamientos delincuentes, comportamientos ilícitos
- Otros, por favor enumere: _____

Por favor, especifique los comportamientos en detalle, incluyendo intensidad/gravedad:

Describa cuándo comenzó la preocupación de presentación (Mes, año): _____

Describa con qué frecuencia se produce la preocupación de presentación.

- Todos los días
- 2-3 veces a la semana
- Una vez a la semana
- Dos veces al mes
- Mensual

Marque debajo el impacto de la preocupación o comportamiento actual

- Cómo está afectando a su hogar (describa) _____
- Impacto en la escuela/trabajo (describa) _____
- Participación legal (describa) _____

¿Los jóvenes reciben servicios de salud conductual en otra agencia?

- Sí
- No

¿Ha intentado el/la joven o familia alguna intervención a través de la escuela? (En caso afirmativo, por favor explique)

- Sí _____
- No

¿La familia/tutor entiende el apoyo que están buscando y la razón de la referencia?

- Si
- No

¿El adolescente ha sido hospitalizado recientemente? (En caso afirmativo, por favor explique)

- Sí, _____
- No

¿Existe algún problema con el abuso de sustancias?

- Sí
- No

a. En caso afirmativo, ¿qué sustancias, con qué frecuencia, etc.?

Describa los acuerdos de responsabilidad de padre / guardian/ cualquier circunstancia única, si corresponde: _____

Al firmar a continuación, usted está dando su consentimiento para que la escuela y Touchstone coordinen la atención y compartan información con respecto a la remisión inicialmente para programar la ingesta.

Firma del padre (consentimiento para que se envíe la remisión)

Fecha

SOLAMENTE complete esta porción si DCS/SRP-MIC está implicado:

Nombre del administrador de casos de DCS: _____

DCS número de teléfono: _____

Dirección de DCS: _____

Dirección de ubicación de DCS: _____